



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Efecto de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de alimentación complementaria en madres o cuidadores de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. 2018

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería con
mención en Docencia en enfermería

AUTOR

Doris Luisa GALA ARROYO

ASESOR

Dra. Rudi Amalia LOLI PONCE

Lima, Perú

2019

**EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LAS
PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES O
CUIDADORES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD
CARLOS CUETO FERNANDINI. 2018.**

DEDICATORIA

A Dios por su infinito amor, quien me dio las fuerzas necesarias para seguir adelante a pesar de múltiples obstáculos para culminar este gran anhelo, obtener el grado de Magister

A los niños y niñas que siempre esperan todo de nosotros.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis, la Doctora Rudi Amalia Loli Ponce, quien me motivó a realizar la investigación con empeño y entusiasmo.

A los ocho jueces de expertos que contribuyeron a mejorar el instrumento de investigación.

A las madres con sus niños que con su maravillosa participación me permitieron vivir experiencias inolvidables contribuyendo a que su alimentación sea de lo más saludable.

A mi hija que me enseñó a ser perseverante. Y a mi esposo, que con su ejemplo, de investigador comprometido, me retó a esforzarme hasta culminar mi investigación.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice.....	iii
Lista de tablas.....	v
Lista de cuadros.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	8
1.3. Justificación teórica.....	8
1.4. Justificación práctica.....	9
1.5. Objetivos de la investigación.....	10
1.5.1 Objetivo general.....	10
1.5.2. Objetivos específicos.....	10

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico y epistemológico de la investigación.....	11
2.2. Antecedentes de investigación.....	13
2.3. Bases teóricas.....	19
2.4. Hipótesis.....	46
2.5. Variables.....	46

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación.....	47
3.2. Diseño de la investigación.....	47
3.3. Unidad de análisis.....	47
3.4. Población.....	48
3.5. Tamaño de la muestra.....	48
3.6 Selección de la muestra.....	48
3.6.1. Criterio de inclusión.....	49
3.6.2. Criterio de exclusión.....	49

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
3.8. Aspectos éticos.....	56

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.....	58
4.2. Discusión.....	61
4.3. Prueba de hipótesis.....	69

CONCLUSIONES.....	71
-------------------	----

RECOMENDACIONES.....	73
----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
--	-----------

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

N° Tablas		Pág.
1.	Edad de madres y niños participantes en investigación. C.S. Carlos Cueto Fernandini – 2018.....	58
2.	Grado de Instrucción de las madres del estudio.....	59
3.	Ocupación de las madres del estudio.....	59
4.	Prácticas de las madres en alimentación complementaria, antes de la intervención educativa de enfermería.....	59
5.	Prácticas de las madres en alimentación complementaria después de la intervención educativa de enfermería.	60
6.	Observaciones que se realiza antes y después de la intervención educativa de enfermería.....	60

LISTA DE CUADROS

N° cuadros		Pág.
1.	Análisis de varianza de un factor. Prueba t de la diferencia.....	70
2.	Análisis de varianza.....	70

RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de alimentación complementaria en madres o cuidadores de niños de 6 a 12 meses.

Material y métodos: Investigación con enfoque cuantitativo, método preexperimental. La población asignada al Centro de Salud el año 2018 fue de 145 niños y niñas de 6 a 12 meses de edad. La muestra fue no probabilística, por conveniencia, 30 madres con sus respectivos niños o niñas de 6 hasta 12 meses de edad, evaluados por la enfermera en CRED. La técnica de recolección de datos fue la observación y el instrumento una lista de chequeo aplicada antes y después de la intervención educativa de enfermería, durante las visitas domiciliarias. **Resultados:** Antes de la intervención educativa de enfermería, la gran mayoría de las madres (96,6%), tenían prácticas entre regulares y malas, mientras que después de la intervención educativa de enfermería el 93% tuvieron prácticas entre muy buenas y buenas. **Conclusiones:** El efecto de la intervención educativa de enfermería fue el incremento de las prácticas saludables en alimentación complementaria, ya que la mayoría de las madres tuvieron prácticas entre muy buenas y buenas, casi todas las madres prepararon la ración alimenticia con energéticos; todas le agregaron alimentos constructores (sangrecita, hígado, pescado), un 60% le agregaron alimentos protectores (verduras: espinaca, zanahoria, zapallo y otros), aceptándose la hipótesis.

Palabras clave: Intervención educativa de enfermería, alimentación complementaria.

ABSTRACT

Objective: To determine the effect of nursing educational intervention in complementary feeding practices in mothers or caregivers of children from 6 to 12 months.

Material and methods: Research with quantitative approach, pre experimental method. The population assigned to the Health Center in 2018 was 145 boys and / or girls from 6 to 12 months of age. The sample was non-probabilistic, for convenience, 30 mothers with their respective children 6 to 12 months of age, evaluated by the nurse in CRED. The technique of data collection was the observation and the instrument a checklist applied before and after the nursing educational intervention, during the home visits.

Results: Before the educational nursing intervention, the great majority of mothers (96.6%), had between regular and bad practices, while after the nursing educational intervention 93% had practices between very good and good. **Conclusions:** The effect of the nursing educational intervention was the increase of healthy practices in complementary feeding since most of the mothers had practices between very good and good, almost all the mothers prepared the food ration with energy; all added food builders (blood, liver, fish), 60% added protective foods (vegetables: spinach, carrot, squash and others), accepting the hypothesis.

Key words: Nursing educational intervention, complementary feeding.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación problemática

El Departamento de Nutrición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que, actualmente, en el mundo por la malnutrición existen niños y niñas con desnutrición y alimentación excesiva. Se habla de malnutrición cuando los alimentos ingeridos no contienen micronutrientes como son, hierro, vitamina C y A, ácido fólico y yodo.

Asimismo, refieren que los desnutridos tienen mayor riesgo de morir, y, que el sobrepeso y obesidad se asocian a enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, diabetes y cáncer.

También, afirman, que las enfermedades mencionadas están afectando, mayormente, a personas pobres, adultos jóvenes y de la tercera edad.

El Perú, llamado un país en vías de desarrollo, también está inmerso en estos problemas identificados por la OMS; los que trabajamos en salud, específicamente, en el primer nivel de atención, las enfermeras (os), realizando el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño y niña menor de 5 años, tenemos la gran oportunidad de interactuar con las madres o cuidadores del niño o niña, educándolas sobre las mejores maneras de alimentar a sus hijos desde recién nacidos, luego, continuar durante la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.

Durante el CRED, podemos evidenciar que las madres, por diversas razones, no todas dan lactancia materna exclusiva a los recién nacidos, por lo tanto, el porcentaje de niños que llegan a los 6 meses de edad

con lactancia materna exclusiva es cada vez menor. Lo más preocupante es que cuando el niño o niña a partir de los 6 meses inicia alimentación complementaria la madre o cuidador(a) le da a comer preparados procesados con alto contenido de azúcar o sal, con contenidos de preservantes. Muy pocas madres o cuidadores proporcionan como alimentación complementaria alimentos naturales y variados.

Este problema fue evidenciado, en las conclusiones de un trabajo de investigación titulado “Conocimientos y actitudes sobre nutrición infantil de las madres de la comunidad de Chuschi, Ayacucho. 2002”, estudio cualitativo explorativo, con grupos focales a madres, de la comunidad de Chuschi-Ayacucho, en el cual se encontró, que no hay relación entre el conocimiento y la actitud de las madres respecto a las prácticas de alimentación en el niño, encontrándose también que las madres suelen darles a los niños mayor cantidad de alimentos de consistencia líquida que los alimentos ricos en grasas y aceites. (Valenzuela, 2002).

Esta situación refleja una realidad no muy distinta a las que ocurren en la capital del Perú y son causas de que, paulatinamente, la desnutrición crónica se vaya instalando, poniendo en riesgo la capacidad intelectual, futura, del niño, así como la productividad económica del futuro adulto. Según la OMS, las últimas investigaciones están demostrando la gran importancia que tiene la estimulación y cuidados que deben recibir los niños y niñas desde recién nacido para que sean inteligentes, seguros de sí y sean muy sociables. Esta responsabilidad es conjunta, familia y demás sectores gubernamentales (OMS, 2009).

Los profesionales enfermeros, estamos inmersos en este trabajo conjunto que es necesario desarrollar en el día a día, con la familia y la

comunidad, contribuyendo para que los niños del Perú, incluyendo a los que se encuentran en las zonas de pobreza extrema, y también los que viven en zonas urbanas, en casas o habitaciones muy pequeñas, alquiladas, reciban los cuidados adecuados de manera integral, sobretodo en la alimentación complementaria, y sean seres humanos bio-psico-emocionalmente sanos.

Los estudios de investigación han demostrado, la gran importancia que tiene fomentar el vínculo madre niño, desde que el recién nacido viene al mundo, mediante el contacto piel a piel. Pero es muy necesario, continuar trabajando ese vínculo del niño o niña con la madre y demás componentes familiares, siendo esto una gran oportunidad para hacerlo durante su alimentación, principalmente durante el almuerzo. Este aspecto influye, positivamente, en el desarrollo bio-psico emocional del lactante, promoviendo que en el futuro sea un adulto seguro, capaz de tomar decisiones adecuadas, desde un punto de vista integral.

La ONU, en la reunión de sus países miembros acordaron trabajar conjuntamente promoviendo una alimentación saludable con el objetivo de erradicar el hambre y la malnutrición para el año 2030 (FAO-OMS, 2016).

La responsabilidad es de todos si queremos alcanzar ese objetivo, para ello es nuestro deber y compromiso difundir los mensajes adecuados para que la gestante, incluso antes de embarazarse, se prepare bio-psico emocionalmente, para traer al mundo un recién nacido sano y vigoroso, alimentarlo solo con su leche materna hasta los 6 meses de edad, continuando con alimentación complementaria, combinando los diferentes tipos de alimentos naturales, más leche materna hasta los 2 años o más.

En el proceso de la investigación, tuvimos la gran oportunidad para interactuar con las madres, en algunos casos con las abuelitas, también, con nuestra intervención educativa, contribuyendo para que la ración alimenticia, en el almuerzo, este preparado conteniendo energéticos, constructores y protectores, en cantidades y consistencia de acuerdo a la edad del niño o niña, acompañando hasta lograr que coma la ración ofrecida.

La OMS, desde el año 2006, recomendó la utilización de un nuevo patrón de referencia para realizar los diagnósticos nutricionales en CRED. El mencionado patrón de referencia está basado en un estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento (EMPC) desarrollado entre 1997 y 2003, con el objetivo de evaluar el crecimiento y el desarrollo motor de los menores de 5 años. En ese estudio participaron niños alimentados con lactancia materna, originarios de diferentes países (Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega y Omán).

En el Perú, todos los establecimientos de salud, evalúan con el patrón de referencia de la OMS; que permite evaluar el estado nutricional del niño o niña observando los tres indicadores, Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla.

Para el trabajo que realizamos día a día, es importante considerar los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), que refiere, para el 2016, bajo la desnutrición crónica en 1.3 puntos porcentuales, en números absolutos, equivale a 39.300 niñas y niños menores de 5 años.

Nosotros, en la zona urbana, durante el CRED observamos que hay muy pocos niños con riesgo de desnutrición crónica, por el contrario

hay niños con sobrepeso y anemia. Pero si sabemos, que en la sierra y selva la desnutrición crónica está por encima del 23.0%.

Un problema mayor, es la anemia, según el INEI, el 2016, 681 mil niñas y niños (43,6%) de 6 meses de edad, tienen anemia, siendo el 62,4%, anemia leve. Además, la mayor proporción se da en la zona urbana 53,4% (202 mil niños y niñas) (ENDES, 2016).

Según los datos presentados por la ENDES 2016, aun es preocupante la presencia de la desnutrición crónica, a pesar de su disminución comparada con años anteriores. Este problema afecta, específicamente, a los menores de 36 meses, poniéndolos en riesgo de bajos aprendizajes cuando ingresen a la etapa escolar. La causa principal de la desnutrición crónica y, actualmente, del sobrepeso y obesidad, es que se mal nutre al niño o niña proporcionándoles raciones de comida no balanceadas con alto contenido de grasa, azúcar y sal.

En el Centro de Salud “Carlos Cueto Fernandini”, el año 2017, según reporte estadístico local, hubo 134 casos de anemia en niños menores de 2 años, recuperándose 39 de ellos. Hubo 8 casos de desnutrición aguda (bajo peso / edad), 25 casos de sobrepeso y 9 casos de obesidad en ese grupo de edad.

En los establecimientos de salud, del primer nivel de atención, los profesionales de salud, específicamente, los enfermeros/as, tienen la oportunidad de observar, realizar diagnósticos tempranos de riesgos nutricionales en los lactantes, por lo tanto pueden hacer abordajes integrales con el equipo de salud y la familia del niño y la niña para prevenir la desnutrición crónica que es difícil de revertir a la normalidad. En los hogares donde el problema económico ha sido superado, siguen presentándose los casos de malnutrición por desbalance en la dieta por

la falta de conocimientos en nutrición, o por prácticas no saludables en la preparación de las raciones para el niño o niña, cuando inicia la alimentación complementaria.

En una investigación realizada por Amado S. 1998, los datos informativos que obtuvo a través de encuestas encontró que entre los alimentos que dan las madres a sus hijos prevalecen las papillas y algunas mazamorras, como también caldos y sopas, más no determinan la calidad de estas.

El proporcionar caldos o sopas a los niños que inician alimentación complementaria, es una costumbre arraigada en las madres o cuidadores. Esta práctica, no contribuye al incremento del peso y talla esperados para la edad del niño, poniéndolo en riesgo nutricional.

Flores P. 2004, en su estudio de investigación sobre “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, en el consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Hospital José Agurto Tello, de Chosica. Lima-Perú, encontró que era muy importante desarrollar acciones de tipo preventivo hasta lograr interiorizarlo como un estilo de vida saludable.

Para que esto se dé, tenemos que comprometernos todos, instituciones de salud, municipalidad, organizaciones de base, madres de familia, con una participación activa para el cambio.

Debido a la situación socioeconómica precaria, que algunos hogares atraviesan, o porque las mujeres también desean desarrollarse como profesionales, las madres de familia se ven precisadas a trabajar, fuera de casa, dejando que otras personas asuman las actividades de cuidados del niño o niña. Esta falta de cuidados maternos puede afectar fundamentalmente a la dimensión afectiva, ocasionando,

muchas veces, desconfianza del niño para relacionarse con los demás, conduciéndolo a evitar o rechazar cualquier interacción.

Las madres, como encargadas de entregar los primeros aprendizajes, como principal agente educativo del niño serán determinantes en los problemas derivados de hábitos inadecuados en alimentación, sobre todo cuando inician la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, influyendo en la alta prevalencia de problemas nutricionales y de enfermedades diversas que afectarán su calidad de vida.

Durante la investigación encontramos que de 30 madres, todas presentes, durante la intervención educativa, pero cinco refirieron que cuando trabajaban, la abuelita cuidaba a su niño o niña.

Durante las evaluaciones de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de 5 años, especialmente, de los menores de 2 años, observamos que no todos incrementan sus medidas antropométricas, adecuadamente, según los estándares validados por la OMS. Muchos de los niños para ser evaluados, acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo, con sus madres, algunos, con sus abuelas, tías, empleada del hogar, papá, etc., porque la madre se encuentra trabajando; esto puede ser uno de los motivos por los cuales, el niño o niña no esté adecuadamente alimentado. Por esta razón, fue de gran interés investigar; explorar, en el domicilio, de los sujetos en estudio; las prácticas que tienen las madres o cuidador(a) en alimentación, durante el almuerzo, del lactante.

Las madres que acuden al CRED en el Centro de Salud "Carlos Cueto Fernandini", algunas, no cumplen con las citas indicadas, muchas veces, pasado el tiempo, traen a sus niños con sobrepeso, otros con

bajo peso para la edad o riesgo de desnutrición. Por estos hechos surgieron las interrogantes: ¿Estarán en mayor riesgo nutricional, los niños o niñas de 6 a 12 meses de edad, que reciben alimentación complementaria?, ¿Cómo influye la orientación que recibe del personal de salud, sobre nutrición, en la madre o cuidador(a)?, ¿Cuáles serán las prácticas de las madres y cuidadores en alimentación a los niños o niñas de 6 a 12 meses de edad?, evaluados en el consultorio de CRED, del Centro de Salud “Carlos Cueto Fernandini”. ¿Será necesaria la intervención educativa de enfermería utilizando la técnica de sesión demostrativa en los domicilios?

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el efecto de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de alimentación complementaria en madres o cuidadores, de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. 2018?

1.3. Justificación teórica

El presente estudio de Investigación a diferencia de los estudios revisados en el marco referencial tuvo la necesidad de indagar, observar, en el domicilio la práctica en alimentación de los niños o niñas de 6 a 12 meses de edad que tenían las madres o cuidadores, para realizar intervenciones educativas de enfermería, en su domicilio, utilizando la técnica de sesiones demostrativas de cómo realizar una alimentación complementaria saludable, obteniendo los alimentos de la olla familiar, considerando, la higiene, utensilios adecuados para preparar y dar a comer al niño o niña, los tipos de alimentos a

combinar, la consistencia y cantidad de acuerdo a la edad del niño o niña, con la finalidad de lograr prevenir riesgos nutricionales, que pueden ser desnutrición, sobrepeso u obesidad, así como la anemia. Considerando que el primer objetivo sanitario es la disminución de la desnutrición crónica infantil, así como la anemia, este estudio al lograr el efecto esperado, el cual es la práctica de alimentación complementaria saludable, por la madre o cuidador, a la niña o niño de 6 a 12 meses de edad, contribuye con este objetivo.

Según la última Norma (NTS. N° 137-2017-MINSA-DGIESP), Técnica de Salud para la Atención de Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de 5 años. Tiene como una de sus líneas de investigación:

“Impacto de las prácticas adecuadas de alimentación y nutrición del menor de 3 años (lactancia y alimentación complementaria) en la disminución de la desnutrición crónica y morbilidad infantil”.

La importancia de esta investigación es que fomentará e incentivará a los profesionales de enfermería a realizar investigaciones de este tipo, en las comunidades donde laboran para que conozcan su propia realidad, y también trabajen en aspectos educativos sobre alimentación complementaria saludable.

1.4. Justificación práctica

Motivar a las enfermeras(os), para que hasta en el lugar más alejado desarrollen intervenciones educativas mediante la técnica de sesión demostrativa en el domicilio para que identifiquen cuales son los problemas reales y como contribuir a solucionarlos, pero en forma práctica tomando en cuenta la realidad de cada familia.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. *Objetivo general*

Determinar el efecto de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de alimentación complementaria en madres o cuidadores, de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. 2018.

1.5.2. *Objetivos específicos*

- Identificar las prácticas, antes de la intervención educativa de enfermería en alimentación complementaria de madres o cuidadores, de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini.
- Aplicar la intervención educativa de enfermería, promoviendo el aprendizaje práctico de las madres o cuidadores, en las preparaciones de raciones alimentarias complementarias saludables, durante el almuerzo, en su domicilio.
- Identificar las prácticas, después de la intervención educativa de enfermería en alimentación complementaria de madres o cuidadores, de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico y epistemológico de la investigación

Teoría del aprendizaje social (TAS) o el aprendizaje vicario de Albert Bandura: Aprendizaje por observación.

Según Albert Bandura: La mayoría de las imágenes de la realidad en la que basamos nuestras acciones, están realmente inspiradas en la experiencia que adquirimos a través de otras personas (experiencia vicaria).

En la teoría de aprendizaje social, Bandura diferenció 4 procesos que se desarrollan necesariamente en el aprendizaje social:

1. Atención

Resulta totalmente imprescindible que la atención del aprendiz esté focalizada hacia el modelo que realiza la conducta.

Durante la investigación lo primero que se buscó es que la madre confíe en que nuestro objetivo era que ella realmente aprenda a preparar raciones alimenticias balanceadas con los componentes necesarios, cantidad y consistencia adecuada para la edad del niño o niña.

2. Retención

La memoria juega un papel muy importante. La persona que está integrando un nuevo comportamiento, debe almacenarlo

en su memoria para reproducirlo a continuación. Con la demostración de cómo preparar la ración alimenticia, promovimos que esté atenta, para que ella realice la demostración, recordando lo que anteriormente, en la práctica demostrativa, se le enseñó.

3. Reproducción

En este punto, además de la puesta en marcha de la conducta, la persona debe ser capaz de reproducir simbólicamente el comportamiento. En este proceso la madre ejecuta la re demostración preparando la ración alimenticia, combinando los tres tipos de alimentos, agregando, aceite, en la cantidad y consistencia según la edad de su niño o niña.

4. Motivación

Aun teniendo las imágenes mentales de la conducta observada, hace falta querer realizarla. La motivación se realizó desde el momento de la entrevista, al explicarle que nuestro objetivo es que ella enseñe a comer saludable a su niño o niña para que crezca sano, fuerte e inteligente.

Basados en esta teoría, la investigadora, primeramente, observó como la madre o cuidador ejecutan las acciones para preparar una ración alimenticia, luego de ello, ella realizó una demostración de cómo es lo ideal del proceso de preparar día a día las raciones alimenticias para su niño o niña, motivando a que aprendan y pongan en práctica lo demostrado en beneficio de una alimentación saludable, considerando la calidad, cantidad y consistencia, según la edad del niño o niña.

De lo observado y aprendido, la madre o cuidador puede innovar ideas de cómo preparar las raciones alimenticias, pero siempre

considerando los componentes a combinar (proteínas, carbohidratos y vitaminas), de acuerdo a lo que se produce en la zona en la que vive.

2.2. Antecedentes de la investigación

2.2.1. *Ámbito internacional*

Sánchez, A. (2015). En Guatemala, realizó un estudio de investigación sobre “Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al centro de salud del municipio de San Juan Sacatepéquez”. Tuvo como objetivo principal determinar las prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 meses a 11 meses 29 días de edad. Es un estudio de tipo descriptivo transversal. Recolectó información mediante una entrevista a 94 madres de lactantes en edades de 6 meses a 11 meses 29 días, que participaron voluntariamente cuando asistieron al Centro de Salud. Sus resultados fueron: De los 14 grupos de alimentos establecidos para esta investigación, encontró que solamente 6 de ellos lograron darles dentro de la edad recomendada y 5 de ellos antes de la edad recomendada. El 70.2% de los infantes recibió una insuficiente cantidad de energía, el 62.7%, 60.6% y 73.4% menos de los requerimientos de proteínas, carbohidratos y grasas al día, viendo este resultado reflejado en el 62.8% de los infantes con desnutrición crónica. Concluyendo que juega un rol importante la educación de la madre el que influirá en un buen desarrollo y crecimiento del niño. Y, que las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres de los infantes no son adecuadas y llegan a repercutir directamente en el estado nutricional de los mismos, por falta de cantidad y calidad de alimentos, al

observar que más de la mitad de los infantes tenía retardo en el crecimiento.

Velasco, 2014. En Zaragoza, realizó un estudio sobre “Alimentación complementaria guiada por el bebe: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje”. El método se basó en innovar la manera de alimentar a los bebés permitiendo que cojan los alimentos y decidan llevárselos a la boca, desde los 6 meses de edad, y no dándoles a comer en la boca como mayormente los adultos hacen. Otros estudios publicados presentan como un método seguro y perfectamente aplicable a partir de los 6 meses, en niños con un desarrollo psicomotor normal. Refiriendo el aporte de multitud de beneficios al niño, promoviendo el gusto para comer, adquiriendo independencia y hábitos adecuados.

El estudio de investigación realizado tuvo como objetivo que la madre o cuidadora internalicen la gran importancia que tiene en la práctica alimentar al niño o niña desde los 6 meses de edad, no obligando a comer, sino ofreciendo, con cariño y paciencia, las raciones alimenticias balanceadas, promoviendo que acepte, al principio, la cantidad que desea, realmente, comer.

Monsalve, (2009). En su estudio “Efecto de una intervención educativa dirigida a cuidadores de niños menores de dos años sobre la prevención del Síndrome del niño sacudido en una institución de primer nivel. Bogotá. D.C.”. Encontró los siguientes resultados: los cuidadores de niños menores de dos años tuvieron un cambio en conocimientos del 84.5% y en comportamiento de un 26% lo que permite concluir que las estrategias educativas dirigidas a cuidadores aumentan sus habilidades y conocimientos en relación al cuidado.

El presente estudio pretendió ir más allá, de un conocimiento teórico, al conocimiento práctico, donde la madre o cuidadora, “aprenderá

haciendo”, este es el tipo de aprendizaje significativo que se perenniza y crea mejores resultados.

Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. 2008, en revisiones sistemáticas de Cochrane, sobre “Intervenciones para prevenir la obesidad infantil”, refieren: Que la mejor manera de prevenir el sobrepeso u obesidad es promoviendo que los niños o niñas consuman alimentos saludables y realicen actividad física regularmente.

Los crecimientos inadecuados, de los niños, como es el caso de la obesidad tienen consecuencias posteriores, tales como diabetes, hipertensión, colesterol alto, etc. cuando es adulto, igualmente, las consecuencias son terribles, como problemas de aprendizaje y desnutrición crónica. Por ello, la intervención educativa con la técnica de sesión demostrativa para prevenirlos, en forma individualizada, en el domicilio, nos da la ventaja de que todo el material a usarse pertenece a la familia y será para el beneficio del propio niño o niña.

2.2.2. *Ámbito nacional*

Castro, (2015). En Lima. Realizó un trabajo de investigación, titulado “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM”. Su objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de las madres. Estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. Trabajó con una población de 50 madres. Utilizó la técnica de entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Sus conclusiones son: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad. Con respecto al estado nutricional del niño

refiere que la mayoría de los niños se encontraron desnutridos y en sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.

Mondalgo, J. (2015). En Lima, realizó un estudio sobre “Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en los adolescentes de una Institución Educativa”. Tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre la alimentación saludable. Es un estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi experimental de doble diseño no equivalente. Incluyó a 59 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria, para el grupo experimental y 20 estudiantes para el grupo control. Aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo. Sus resultados fueron que el 96.6% (57) presentaron un nivel de conocimiento bajo, antes de la ejecución del programa educativo. Después el 91.5% (54) presentaron un nivel de conocimiento alto en cuanto a alimentación saludable. Del grupo control (20) el 100% obtuvo un nivel de conocimiento bajo, antes de la aplicación del programa educativo, y el 95% (19) mantuvo este nivel de conocimiento posterior a la aplicación del programa educativo. Concluyendo que el programa educativo sobre la alimentación saludable fue efectivo en el incremento del nivel de conocimientos de los adolescentes, el cual fue demostrado a través de la prueba de t de Student, obteniéndose un $t_{cal}=29.7$, con un nivel de significancia de 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de estudio y se comprueba la efectividad del programa.

Merino, B (2014). En La Libertad, desarrolló un estudio Sobre “Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre alimentación saludable y el estado nutricional de preescolares”. Investigación de tipo pre experimental, realizado en la Institución

Educativa Inicial N° 1739 Barro Negro, Otuzco en la Libertad”, su objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo “Comiendo sano, desarrollo y crezco mejor”. Su universo muestral estuvo constituido por 20 preescolares y sus madres. Sus resultados fueron: Antes de la aplicación del programa educativo el 65 por ciento de las madres obtuvieron nivel medio de conocimientos: en el indicador talla para la edad un 50 por ciento de preescolares clasificaron como normal. Después de la aplicación, del programa educativo, el 80% de madres obtuvo un nivel alto de conocimientos; en el indicador talla para la edad un 80% clasificaron como normal. El programa educativo fue efectivo al mejorar el nivel de conocimientos de las madres ($p=0.025<0.05$) y el estado nutricional de los preescolares ($p=0.000<0.05$).

Zavaleta, 2012. En Lima. Realizó un estudio, “Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten a la consulta del CRED del P.S. Cono Norte”. El trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, no experimental de corte transversal, diseño descriptivo correlacional. El objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el P. S. Cono Norte. Los instrumentos que uso fueron un cuestionario sobre conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Concluyendo que los conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres son buenos. Y que el mayor porcentaje de niños lactantes menores tienen un estado nutricional de normal o eutrófico. Finalmente, que, si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de CRED, en el P. S. Cono

Norte. Con un 95% de confiabilidad y significancia $p < 0.05$ aplicando chi-cuadrado.

Galindo, 2011. En Lima, estudió sobre “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza. Su objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres. Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Sus resultados fueron del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las practicas 61% (25) tienen practicas adecuadas; mientras que el 39% (15) tienen practicas inadecuadas. Sus conclusiones fueron, que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Otazú, 2010. En el Callao. Investigó sobre “Intervención nutricional en los niños con VIH/SIDA del programa vida y esperanza” Hospital Daniel Alcides Carrión. Los resultados fueron: El trabajo del equipo multidisciplinario de salud mejora la calidad de atención, logrando mayor impacto en la salud de las personas infectadas con el VIH (SIDA). El aprendizaje para las madres y niños se facilitan cuando se les hace participar ya sea en la preparación y en compartir sus experiencias a través de sesiones educativas y talleres.

En la investigación, realizada, tomamos como base la Teoría del aprendizaje social (TAS), de Bandura, que es aprendizaje por observación. Motivando a la madre que aplique lo observado durante la intervención educativa de enfermería, para preparar una ración

alimenticia saludable, explicándole que es lo que garantizará que en toda edad el niño o niña comerá siempre saludable, porque la madre ya aprendió a preparar raciones alimenticias saludables, de acuerdo a su diversidad cultural, según la teoría de Madeleine Leininger.

La presente investigación, a diferencia de los estudios revisados en el marco referencial, tuvo como objetivo indagar como es en la practica la alimentación a los niños o niñas de 6 a 12 meses de edad que reciben alimentación complementaria, observando en forma individualizada a cada madre o cuidadora durante la preparación y administración de una ración alimenticia, en el almuerzo, durante las visitas domiciliarias. Al concluir la aplicación de la Lista de chequeo, durante la primera visita domiciliaria, de inmediato, se dio recomendaciones para que dé alimentación complementaria saludable; luego coordinamos para que, en la segunda visita domiciliaria, se realice la intervención educativa de enfermería, en la que se consideró la importancia de combinar energéticos, constructores y protectores, en la cantidad y consistencia de acuerdo a la edad, del niño o niña utilizando los utensilios que tienen y tomando los componentes de la ración alimenticia a partir de la olla familiar, con la finalidad de lograr que adopten practicas saludables en alimentación, por ende, prevenir problemas nutricionales.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Intervención educativa

Para que una intervención educativa cumpla sus objetivos es necesaria la participación activa del responsable de transmitir, compartir conocimientos y el que desea aprender.

La intervención educativa se desarrollará entre el que educa y el educador, ejecutando acciones que buscan el logro de un objetivo o una meta trazada, con anterioridad (Tourinán, 1987).

En este estudio el agente educando fue la madre y el agente educador fue la enfermera (investigadora), que tuvo como objetivo lograr que se aplique los conocimientos teóricos en la práctica preparando raciones alimenticias saludables para el niño o niña de 6 a 12 meses de edad. Ya que cuando llevaban a sus hijos al control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, recibían información con respecto a cómo deben dar la alimentación complementaria en casa, por parte de las enfermeras o la nutricionista.

Uno de los roles de enfermería que trabaja en el Primer Nivel de Atención, es la educación sanitaria con objetivos preventivos, en este caso, prevenir la malnutrición de la niña o niño de 6 a 12 meses, con el objetivo de lograr que la madre o cuidadora aprenda en la práctica a preparar raciones alimenticias saludables, en cantidades y consistencia acordes a su edad.

2.3.2. Intervención educativa de enfermería

Basados en la Teoría del Cuidado Cultural y Universal, de la doctora Madeleine Leininger, las intervenciones educativas de enfermería se realizan tomando en cuenta que el sujeto de aprendizaje tiene su propia forma de aprender, y que todo aprendizaje lo relaciona con sus creencias, costumbres que tiene internalizado desde muy pequeño o pequeña que tenía en la práctica en el seno familiar, lo cual es necesario sea respetado por el educador, que en este caso es el profesional enfermero, es decir, mostrarle que las escuchamos, comprendemos, que nos ponemos en su lugar, cuando nos muestra sus preocupaciones y que estamos para contribuir, para que sus

cuidados brindados sean de los mejores, considerando su realidad social, económica y cultural.

2.3.3. Las teorías de enfermería

Según, Cisneros, G. Fanny. “Introducción a los modelos y teorías de enfermería”. Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la Investigación, Educación, administración y práctica clínica.

Para este estudio la teoría que se tomó en cuenta es la de Madeleine Leininger. “Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales”, consideran que los cuidados son el tema central de la atención, de la ciencia y el ejercicio profesional de enfermería.

Los cuidados incluyen actividades de asistencia, de apoyo o de facilitar para la persona o un grupo de personas con necesidades evidentes o previsibles.

Aplicado a la práctica, esta teoría, el profesional enfermero (a), durante la atención CRED, interactúa con las madres, padres u otros cuidadores del niño o niña, respetando sus valores, creencias y costumbres, considerando un tema prioritario su alimentación a partir de los seis meses de edad con el objetivo de contribuir en la prevención de la anemia y de otros problemas nutricionales, como son la desnutrición, sobrepeso u obesidad.

La teoría de Leininger tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran

el conocimiento acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada.

No obstante Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturas, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si se debe interpretar como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

Tomando en cuenta lo que versa en la teoría de Leininger, como investigadora tuve la oportunidad de ingresar a los domicilios de las madres y cuidadoras, interactuar con ellas, conocer en el mismo lugar de los hechos como preparan y dan a comer la ración alimenticia al niño o niña, contribuyendo a que internalicen que la ración alimenticia ofrecida, en el caso de la investigación, el almuerzo, debe contener alimentos energéticos (carbohidratos), constructores (proteínas) y protectores (verduras), en consistencia adecuada para su edad, agregando aceite.

Según la Norma Técnica de Salud N°137-MINSA-2017-DGIESP, para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años (CRED), refiere que cuando atendemos a los usuarios del CRED, es necesario hacerlo con un enfoque intercultural, esto significa que debemos considerar a las personas con su propia cultura, valores y costumbres, brindándoles una atención diferenciada.

García Tarancon, Bárbara, en su tesis: "Proceso de Cuidados de Enfermería a través del modelo del sol naciente", refiere que Madeleine Leininger, destacó 8 factores que influyeron en la creación de la enfermería transcultural y que a través de la Teoría del Cuidado

Cultural y Universal, justifican la necesidad de existencia de este tipo de enfermería.

1. En todos los países los procesos migratorios han provocado un crecimiento de las diferencias entre sus ciudades en función de la religión, el género, la clase social o el estatus socioeconómico y el acceso de la educación y a los servicios sanitarios.
2. Los pacientes confían en que los profesionales entiendan y respeten sus creencias, valores y estilos de vida.
3. El uso excesivo de la tecnología puede llegar a provocar conflictos con los valores culturales de los pacientes.
4. Muchos cuidados de salud se ven afectados por conflictos culturales.
5. Ha aumentado el número de personas que viajan y trabajan en lugares distintos de nacimiento por lo que mezclas culturales son una constante.
6. Se han aumentado debates legales a causa de conflictos culturales por negligencias o imposiciones de prácticas de cuidados de salud.
7. Se ha producido un aumento en los problemas de género con nuevas demandas para tener en cuenta las necesidades de mujeres y niños.
8. La comunidad necesita servicios de salud basados en la cultura.

Tomando en cuenta los ocho factores que influyeron en la doctora Madeleine Leininger, para instaurar la enfermería transcultural, se puede decir que nos permite entender mejor una realidad existente. Por ello, creo es importante analizar cada factor y compararlo con lo que sucede cuando brindamos un servicio, tanto en el establecimiento

de salud, como durante el trabajo con las familias en la comunidad. Así tenemos:

Con respecto al factor 1

En la jurisdicción asignada al C. S. Carlos Cueto Fernandini, donde viven las madres o cuidadoras con sus niños o niñas, incluidos en la investigación, hay gran cantidad de población que viene de provincias o de otros distritos a vivir en casas alquiladas, algunos en casa de familiares y otros en casa propia. Se ha evidenciado que tienen sus propias costumbres en cuanto a la alimentación, cuya influencia viene de sus padres y otros familiares.

Con respecto al factor 2

Los usuarios del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del niño o niña al ser evaluados se puede identificar que los padres o cuidadoras esperan un entendimiento de parte del profesional enfermero respetando la forma de cuidar en cuanto a la higiene corporal, sueño y alimentación de sus lactantes.

Con respecto al factor 3

En el CRED el proceso de atención es muy sencillo, se realiza una evaluación interactiva donde la madre o cuidador(a) participan cuando se evalúa y también en el momento en la que se les explica como alimentar al lactante, así mismo, como realizar la estimulación del desarrollo de acuerdo a la edad del niño, y demás cuidados que deben dar en casa, considerando siempre sus valores culturales.

Con respecto al factor 4

En la jurisdicción asignada al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, viven familias que proceden de diferentes departamentos, como Cajamarca, Trujillo, Chimbote, Huaraz, etc. que tienen sus

propias costumbres los que influyen en el cuidado de los niños o niñas, esto se pudo evidenciar durante las visitas domiciliarias realizadas durante la investigación.

Con respecto al factor 5

De las familias que residen en la jurisdicción del Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, un buen número viven en casas alquiladas, porque trabajan en el distrito de Los Olivos.

Con respecto al factor 6

Durante el servicio prestado en el consultorio de control de crecimiento y desarrollo del niño se tiene claro que en estos tiempos estamos prestos a entender los valores culturales y contribuir a que los cuidados sean dados sin imposiciones.

Con respecto al factor 7

Teniendo en cuenta los problemas existentes de género y feminismo, nuestra educación a las madres y cuidadores tiene como norte que se eduque en cuanto a cumplir obligaciones del hogar por igual a niñas y niños, y, en cuanto a educación que también tengan las mismas oportunidades.

Con respecto al factor 8

En las comunidades asignadas al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, se está trabajando la educación en el cuidado ambiental, promoviendo que pongan en práctica acciones sencillas como sacar la basura justo cuando pasa el carro recolector para prevenir que los canes rompan las bolsas contaminando el ambiente, que reciclen materiales de plástico, etc.

Luego de la revisión de la teoría de la doctora Leininger, puedo concluir que ciertamente cada persona, familia y comunidad tienen sus propias creencias, valores, los que son parte de su cultura, los que influyen en sus conductas o actitudes ante la forma de alimentar, de cuidar a sus hijos. Esto necesita ser entendido por nosotros los trabajadores de salud, para que en conjunto podamos contribuir a la mejora de la calidad de vida, tanto en las ciudades, como en los lugares más alejados en las que viven nuestros pobladores.

2.3.4. *Prácticas en salud*

Las prácticas en salud tienen como sujeto de atención a la persona, con sus propias características, al cual debemos comprometernos a brindarle una atención holística, incluyendo a su familia. Asimismo, promover que la persona adopte su autocuidado (Ayres, 2002).

Los cuidados de enfermería serán de gran importancia si son aprendidos para ser replicados en casa, tomando en cuenta sus costumbres, hábitos y forma de vivir, para si fuera necesario trabajar con ellos la modificación de los mismos, buscando que se practiquen solo los que son beneficiosos para su salud y la de su entorno familiar. (Leninger, 1918).

Cuando atendemos en el establecimiento de salud, conocemos ligeramente las necesidades o problemas que pueden tener las personas, componentes de un núcleo familiar, pero cuando decidimos “vivir” por lo menos una hora con ellos, en su domicilio, realmente tendremos la oportunidad de conocer un poco más, de lo que realmente pasa en ese hogar, y dependerá de cuanto es nuestro interés y compromiso para contribuir para lograr que se hagan responsables de su propia salud, concientizándose que es mejor trabajar en la prevención que en la curación.

Mediante la educación se tiene la oportunidad de transmitir formas de identificar sus cualidades y capacidades para asumir el cuidado de su propia salud, y, porque no decirlo, de la salud de su familia (Pino, 2013).

La enfermera, en el primer nivel de atención, en su diaria labor, específicamente, cuando hace control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, tiene la oportunidad de compartir experiencias y conocimientos con las madres o cuidadores, será más interesante aun si los conocimientos teóricos lo demuestra en la práctica con una educación con la participación de la madre o cuidador(a), para lograr que internalicen los conocimientos y lo pongan en práctica permanentemente, como fue la pretensión del estudio, alimentar saludablemente para lograr que los niños y niñas tengan un crecimiento adecuado de acuerdo a su edad.

2.3.5. Lavado de manos

El lavado de manos es una actividad primordial para prevenir diferentes enfermedades, principalmente, diarreas que ponen en riesgo de desnutrición, deshidratación, que es más peligroso en los lactantes menores, colocándolo, incluso, en riesgo de fallecer.

Es necesario educar sobre la manera de lavarse las manos, principalmente, en la casa, recomendando lo realicen tantas veces sea necesario, también, en el colegio, universidad, centro laboral, etc. Es decir, será de suma importancia que la persona desde niño o niña lo interiorice sobre la gran importancia de practicar el lavado de manos.

Es importante considerar los momentos para lavarse las manos, las que son:

Antes de:

- Preparar los alimentos

- Comer
- Dar de comer a los lactantes

Después de:

- Cambiar los pañales
- Toser o estornudar
- Ir al baño

El lavado de manos debe hacerse con agua y jabón, haciendo bastante espuma, frotando vigorosamente todas las superficies de las manos, en un tiempo mínimo de 20 segundos, toda vez que se tenga las manos sucias, enjuagarse con abundante agua, luego secarse con papel toalla y cerrar la llave del caño.

También, es importante, lavar las manos de los lactantes antes de que ingieran sus alimentos, porque ellos pueden coger trozos de comida con sus manos o su cuchara, por lo que debemos prevenir que contaminen la comida que van a comer.

2.3.6. Ambiente en el cual el niño o niña necesita para consumir sus alimentos.

Muchas veces se piensa que los lactantes a partir de los 6 meses “como es chiquito”, así suelen decir las madres o cuidadores, puede comer en cualquier espacio o lugar. Lo cual no es adecuado, porque no estamos promoviendo su entusiasmo e independencia para alimentarse, permitiéndole coger pequeñas porciones de alimentos, con sus manos o con una cuchara de tamaño pequeño. Por ello, es necesario desde que inicia la alimentación complementaria fomentar buenos hábitos alimentarios, acondicionando un ambiente relajado, si fuera posible con canciones con letras referidos a las comidas, cómodo, con su silla especial para comer, colocándolo cerca a la mesa donde comparten las comidas, también los adultos, permitiendo

que todos interactúen, hablándole al lactante, haciéndole sentir en familia, acompañado y querido. No presionarlo, ni obligarlo a comer. (Cuesta, M. 2014).

2.3.7. Rol de la enfermera en el control del crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de 5 años.

La enfermera cumple las cuatro funciones (gerencial, asistencial, educativa y de investigación. En lo que se refiere a la **Función Asistencial**: en la estrategia sanitaria del control de crecimiento y desarrollo, del niño/a, en los establecimientos de salud y también en los hospitales, en consultorios externos, ella cumple un rol muy importante, porque evalúa al niño desde recién nacido hasta antes de cumplir los 5 años de edad y en los colegios antes de cumplir los doce años. Ella toma las medidas antropométricas, luego realiza el diagnóstico nutricional, así mismo, hace el examen físico, para detectar precozmente alguna malformación congénita, u otro problema de salud, para derivarlo oportunamente al especialista para que reciba la atención necesaria. De igual forma realiza la aplicación de los test del desarrollo psicomotor, luego hace el diagnóstico del desarrollo psicomotor, orienta y aconseja como realizar la estimulación temprana, al niño, para que alcance el desarrollo psicomotor esperado, según el grupo de edad. También orienta sobre lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, y continuada hasta los dos años a más, y, sobre cómo debe ser la alimentación complementaria del niño o niña, a partir de los seis meses. Y de igual forma cómo prevenir las enfermedades prevenibles por vacuna, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas, etc.

La Función Gerencial se desarrolla ampliamente, en el establecimiento de salud de la cual ella es responsable, gerencia realizando la planificación, programación, ejecución, concluyendo con

la evaluación, lo cual da oportunidad a la toma de nuevas estrategias que permitan mejorar la atención brindada. En lo referente a la **Investigación**, día a día está pendiente de las situaciones problemáticas, con la finalidad de encontrarles soluciones, aplicando el método científico, en el proceso de cuidado de enfermería, además, contribuyendo a que se realicen las diferentes investigaciones científicas. Y por último, la **Función Docente**, lo desarrolla cuando, ella participa enseñando a las estudiantes de enfermería que realizan su internado en el establecimiento de salud, así mismo, cuando enseña a las madres o cuidadores, a como alimentar adecuadamente a sus niños o niñas, en la comunidad a practicar estilos de vida saludables para prevenir el sobrepeso, la obesidad, desnutrición, hipertensión y otros problemas de salud.

Hace 38 años se comenzó a discutir el concepto de la atención del niño sano. En la década del 70 se iniciaron y organizaron en muchos países latinoamericanos programas de atención primaria con el objeto de captar en forma precoz la patología del niño aparentemente sano. En el Perú el subprograma de crecimiento y desarrollo evolucionó en forma poco uniforme y muchas veces en manos no entrenadas; desde el año 1983 en adelante se reconoce como actividad final de Enfermería.

El control de crecimiento y desarrollo es una labor que debe ser realizada por el personal de salud en coordinación, con la familia, de manera que sea sistemática, integral y mensurable.

Por su carácter preventivo promocional no solo implica la atención del niño, su acción va más allá, es por sobre todo educación a la madre, para que ella a través de sus prácticas cotidianas preste cuidados adecuados al menor, así el niño enfermará menos y al no enfermar el riesgo de morir será menor.

En el proceso de control de crecimiento y desarrollo del niño, en el campo de la salud, la enfermera participa a través de la determinación de características estructuradas del potencial genético y factores ambientales que contribuyen a detectar en forma prioritaria los problemas a prevenir, promocionando una estructura de atención de enfermería en forma progresiva de acuerdo a edades.

Actualmente todos los establecimientos de salud ofertan atención ambulatoria en el consultorio de control de crecimiento y desarrollo, para el niño y niña menor de 5 años.

Dentro de las estrategias del sector salud está la expansión del CRED, por ello según las normas actuales, se debe ofertar el "paquete CRED " que es el conjunto de prestaciones e intervenciones que se brinda a la población infantil para enfrentar los principales problemas de salud (MINSA-Perú, 2017).

Tomando como referencia la “Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”, el paquete de atención consta de:

1. Valoración y monitoreo nutricional: Evaluación y fomento de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada.
2. Evaluación del desarrollo con la EEDP, el test peruano, y, el TEPSI.
3. Evaluación del calendario de inmunizaciones
4. Evaluación de la agudeza visual y auditiva
5. Tamizaje de anemia (entre los 6 y 24 meses)
6. Descarte de parasitosis, al año de vida.
7. Valoración de la situación de violencia familiar (abuso sexual y maltrato infantil)

8. Detección de problemas nutricionales y de desarrollo
9. Suministro de vitamina “A” y sulfato ferroso
10. Consejería
11. Elaboración y/o monitoreo del Plan de Atención Integral de Salud.

2.3.8. Alimentación complementaria

Galiano y Moreno (2011) en su artículo “Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes”, definen la alimentación complementaria como el inicio de la introducción de alimentos diferentes a la leche materna o consumo de fórmulas lácteas, a partir de los seis meses de vida de la niña o niño.

Según la OMS, se denomina alimentación complementaria cuando el niño o niña necesitan recibir otros alimentos, además de la leche materna o fórmulas lácteas, para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La transición de la lactancia materna exclusivamente a los alimentos familiares, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial, por lo que, es muy necesario proveer alimentos, variados, en cantidad, frecuencia y consistencia, según la edad del niño o niña.

Asimismo, según la OMS, los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos.

La alimentación del niño pequeño debe responder a la manifestación de signos de hambre para que coma lo que se le da, sin obligarlo.

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a partir de los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses; tres o cuatro veces al día, entre los 9 a 11 meses, incluso hasta los 24 meses, unas, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

2.3.9. Aspectos básicos sobre alimentación complementaria

El “Manual para alimentación de infantes y niños pequeños”. Señala: “La vida es sostenida por los alimentos, y las sustancias contenidas en los alimentos, de las cuales depende la vida son los nutrientes. Estos proporcionan la energía y los materiales de construcción para las innumerables sustancias que son esenciales para el crecimiento y la supervivencia de los seres vivos”. Esto es entendido, como la forma fundamental de prevenir malnutriciones u otras enfermedades. Por ello, es necesario, enseñar a comer al niño o niña, dejando que participe en llevarse la comida a la boca, diferenciando, texturas y sabores; los que serán absorbidos en el tubo digestivo (Cameron, 1989).

En la “Guía de alimentación del niño menor de 2 años”, se considera que la combinación de proteínas, grasas y carbohidratos en diferentes cantidades contribuyen al depósito total de energía en el organismo, que ayudado por las vitaminas y minerales, permiten su conservación y utilización.

Los requerimientos nutricionales dependerán de la edad, el sexo, el tamaño corporal y especialmente de la actividad física. Existen considerables variaciones entre los niños, y sus oportunidades y capacidades para jugar y ser activos físicamente. Un niño muy activo necesitará más energía que un niño de la misma edad a quien la madre todavía lleva en brazos.

Un niño que se enferma frecuentemente necesita nutrientes adicionales. Se deberá poner atención especial a su dieta si su apetito es pobre (MINSA- Chile, 2015).

Es importante considerar que las proteínas (carnes, lácteos, etc.) y carbohidratos (azúcares, almidones) proveen por cada gramo 4 kcal. siendo las grasas las que proveen 9 kcal. de energía.

Los alimentos proporcionados al niño o niña deben ser suficientes en cantidad, los cuales en la práctica deben ser medidos por cucharadas soperas, y, calidad, es decir, la ración alimenticia debe contener alimentos energéticos (carbohidratos), constructores (proteínas), reguladores (verduras y frutas) y minerales.

Para la construcción de las células del cuerpo, tales como, huesos, músculos, dientes, piel y uñas, el consumo de proteínas es esencial.

El consumo adecuado de proteínas permitirá que el cuerpo crezca y se repare, pero si el consumo de carbohidratos es bajo, entonces la proteína consumida será utilizada como fuente de energía, disminuyendo su función de construcción de tejido nuevo y de crecimiento, especialmente, durante la etapa infantil. Los fluidos corporales, tales como la sangre, las enzimas y las hormonas contienen proteínas.

De los 22 aminoácidos que tienen las proteínas animales y vegetales, solo 14 son sintetizados por el cuerpo, además, dependerá del contenido suficiente de proteína y energía en los alimentos ingeridos. (OPS,1997).

Nuestro organismo no sintetiza 10 aminoácidos esenciales, las que son, Isoleucina, Metionina, treonina, valina, Leucina, triptófano, Lisina. Histidina, arginina y fenilalanina, por lo que se debe procurar, en la mayor cantidad posible, el consumo de alimentos que lo contengan.

Por lo tanto, se debe tener sumo cuidado en escoger los alimentos proteicos de alto valor biológico (carnes, pescados, mariscos, huevos, leche y productos lácteos, etc.), que se usara para preparar la ración alimenticia. También, se pueden combinar dos alimentos con aminoácidos limitantes, como es el caso de productos vegetales (lenteja con arroz), para convertirlo en una proteína completa (Arantza, 2018)

Cuando se va a preparar la papilla para el lactante a partir de los 6 meses, se deben tomar en cuenta la cantidad y calidad de nutrientes que debe contener las multimezclas, además se deberá tener cuidado en darle buen sabor y consistencia, de acuerdo a la edad, a fin de que el niño lo acepte. La repetición constante de un tipo de papilla o comida, muchas veces, lleva a rechazar lo que se le ofrece al niño.

El niño o niña a partir de los 6 meses está listo, orgánicamente y biopsico emocionalmente, para aprender a comer, por lo que, somos los adultos los responsables de los hábitos alimenticios que irán adquiriendo, los que podrán afectar sus preferencias a medida que pasen los años, colocándolo en riesgo menor o mayor en cuanto a su crecimiento y desarrollo, posteriormente, en sufrir de enfermedades crónicas degenerativas, como son: sobrepeso, obesidad, diabetes, etc.

La manera de alimentarse afecta al organismo, causando diferentes problemas nutricionales. En los países cuyo consumo de alimentos son comidas rápidas, la prevalencia del sobrepeso, obesidad, incluso llegando a obesidad mórbida, son muy frecuentes, lo que afecta la calidad de vida de las personas. Identificado estos problemas nutricionales, basados en la información científica disponible, se han recomendado tener cuidado en cuanto al requerimiento de energía y demás nutrientes en la dieta alimentaria según las diferentes edades (MINSA-CHILE, 2015).

En el Perú también los patrones alimenticios están cambiando, sobre todo en las grandes urbes donde el consumo de comidas rápidas y con alto contenido de grasa, azúcares y sal ponen en riesgo de obesidad. Durante el control CRED se encuentran pequeños de 1 año con obesidad, que además tienen padres con antecedentes de diabetes y sobrepeso.

2.3.10. Diferenciando los tipos de alimentos. Cereales y otros granos

La OPS, recomienda que al iniciar la alimentación complementaria de los niños o niñas, sea saludable, proporcionando alimentos ricos en aminoácidos, como son, los cereales que son fuente de Lisina, tiamina, Riboflavina y niacina; contienen además Calcio y Hierro. En orden de prioridad tenemos el arroz y el trigo, que además en la práctica, son los más consumidos. También, es importante la avena, maíz y cebada. Las avenas tienen alto valor proteico, superior a los otros cereales, pero el arroz a pesar de tener solo 7% de proteínas, es el cereal de mejor calidad, fácilmente digerible y absorbible, sobretodo ventajoso para el lactante de 6 meses de edad, que empieza a comer.

Tubérculos, raíces y frutas amiláceas

La papa es un tubérculo de diversas variedades, tienen proteínas de buena calidad. Su mayor uso se da en zonas urbanas y rurales.

En la selva es muy usada la yuca, este producto contiene proteína en poca cantidad y calidad. Es costumbre usarlo mezclado con plátano n alimentación de lactantes menores, poniéndolos en riesgo de desnutrición calórico-proteica, por lo que es importante promover su combinación con alimentos proteicos agregándoles aceites vegetales en pequeña cantidad.

Leguminosas (frijoles y alverjas).

Los frijoles y alverjas son fuente de aminoácidos, tales como, riboflavina, tiamina, y niacina, también, tienen ácido fólico, calcio y hierro. Las lentejas de colores rojizos, brillantes, contienen algo de vitamina A. Cuando los frijoles estas germinados, proveen mayor cantidad de vitamina C.

Los frijoles serán más digeribles y apetitosos si se proporcionan cocidos y sin cáscara para los niños pequeños. Es recomendable el remojo de los frijoles previo al uso, cocinarlo cambiando el agua del primer hervor, luego agregar agua hirviendo, lo que permite su más rápida cocción.

Los frijoles soya contienen cerca de 40% de proteínas que es de valor similar a la proteína de origen animal y 18% de aceite.

Verduras

Es importante promover el consumo de verduras frescas con variedad de colores ya que son fuente de minerales, pero en poca cantidad, como el hierro. También, tienen, poca cantidad, pero útiles de tiamina, folatos, vitamina A y C.

Frutas

Es importante el consumo de frutas y verduras frescas, crudas para que la conservación de las vitaminas A y C se conserven intactas, ya que al ser cocidas se destruyen.

Vitaminas

Los alimentos ofrecidos a los lactantes, a partir de los 6 meses de edad, deben ser balanceados, es necesario que tengan todas las vitaminas, pero especialmente las vitaminas A y C.

Vitamina A, es un potente antioxidante. Es muy buena para la vista, protege a la retina de su deterioro y posibles enfermedades.

Los alimentos que contienen la vitamina A, son: todas las verduras de hojas de color verde (espinacas, brócoli, col y otros), también, las zanahorias, tomates, pimiento, etc. Y, las frutas de color rojo, amarillo y anaranjado.

Vitamina C, llamado ácido ascórbico. Interviene en la producción de colágeno y la absorción de hierro que se encuentra en alimentos vegetales. También, en el funcionamiento adecuado del sistema inmunitario.

Esta vitamina la encontramos en las frutas cítricas (kiwi, pomelo, naranja, mandarina, aguay manto y otros) y verduras diversas.

Minerales

Los niños y niñas, específicamente, a partir de los 6 meses de edad necesitan consumir minerales, porque ayudaran a fortalecer su cuerpo, de forma integral, por ello, es muy necesario promover que lo ingieran de forma natural en los alimentos.

Al proporcionar sus raciones alimenticias estas deberán contener hierro, zinc, ácido fólico, calcio, etc.

Zinc: es un mineral que se puede encontrar en todas las células del cuerpo, protegiéndolo de enfermedades, al combatir contra diferentes microorganismos, como son, las bacterias y virus. También, el organismo lo requiere para la fabricación de proteínas y ADN

Este mineral participa en el crecimiento y desarrollo del infante.

La cantidad requerida diariamente, es de acuerdo a la edad; para bebés de 6 a 12 meses es de 5 mg/día.

Los alimentos que son ricos en este mineral son: Ostras, carnes rojas, de aves, mariscos (cangrejos, langostas), cereales integrales, frijoles, frutos secos, etc.

Hierro: Es un mineral que interviene en la producción de sangre, encontrándolos en la mioglobina y la hemoglobina, participan en el transporte de oxígeno de los pulmones a los tejidos de todo el organismo. Al oxigenar la sangre previenen el agotamiento.

Interviene en la coagulación sanguínea, defensa inmunitaria y formación de tejidos.

Su deficiencia puede producir anemia, poniendo en riesgo, al niño o niña, a disminuir su proceso de aprendizaje, así como, producir alteraciones del comportamiento.

Los alimentos ricos en hierro son: la sangre, bazo, hígado, pescado de lomo oscuro, tales como, jurel, bonito, caballa, etc. que se deben ir incorporando, paulatinamente, en sus raciones alimenticias.

También, encontramos hierro en las lentejas, palta, espinacas, etc.

El hierro para ser mejor absorbido, necesita de la vitamina c, el que se debe consumir en su forma natural (limón, toronja, etc.).

Calcio: Este mineral participa en el reforzamiento de los huesos y dientes, además, en el mantenimiento del ritmo cardiaco, funcionamiento del sistema nervioso, regula la presión arterial y controla el peso al reducir la grasa corporal.

Este mineral al no ser sintetizados por el organismo, es necesario consumir estos alimentos: Yogur, queso, leche, mantequilla y otros. Además, también comer espinacas, brócoli, acelga entre otros. De igual manera, encontramos calcio en los pescados como el salmón, sardinas y otros, también en los mariscos.

Ácido Fólico

Es considerado como una vitamina hidrosoluble del complejo B (B9), sintetizado de la folacina, o de los folatos encontrados en los alimentos. Al ser solubles, se recomienda que los productos vegetales sean cocinados al vapor, consumirlos luego, o guardarlos en taper refrigerado. Pero será mucho mejor consumirlos crudos. Estas vitaminas las encontramos en productos animales como son: hígado

de pollo o ternera, leche y derivados, etc. pero en muy pocas cantidades. Los vegetales tienen mayor cantidad de vitamina B9, especialmente en las verduras de color verde (espinacas, lechugas, espárragos, etc.), también en las legumbres (alverjitas, lentejas, habas, soya y otros).

El ácido fólico participa en la división y duplicación celular. También, estimula el sistema inmunológico, forma los glóbulos rojos normales, beneficia al aparato cardiovascular y al sistema nervioso.

Líquidos: Los niños tienen su cuerpo compuesto en un 80% por agua, por lo tanto, necesitan que se les hidrate diariamente. Si es menor de seis meses basta con su leche materna, pero al iniciar su alimentación complementaria, es necesario añadir líquidos en pequeñas cantidades durante las comidas principales. La cantidad será de acuerdo a su peso y edad. Así tenemos, un infante de 6 meses de edad necesitara entre 950 y 1.100 ml diarios de agua, mientras que el niño de 1 año de edad necesitara beber entre 1.150 y 1.300 ml por día.

Alimentos de origen animal

Las carnes de diferentes tipos es mejor si se combinan con cereales, leguminosas y verduras, ya que proveen proteínas de alta calidad. También, proveen la vitamina B12.

El hígado, es un alimento fácil de conseguir y cocinar, es rico en hierro, tiene vitaminas A, D y B, incluyendo folatos. La carne de las aves de corral tiene un valor similar a la carne de res.

Leche y productos derivados de la leche

Estos alimentos por su alto contenido proteico de alta calidad son recomendables su consumo a partir de los 6 meses de edad, en forma paulatina, combinado con otros alimentos. Son fuente de vitamina B.

Antes de los 6 meses, lo ideal, es que el lactante menor sea alimentado solo con leche humana, ya que tiene poca cantidad de calcio y hierro, pero, de muy fácil absorción.

Leches evaporadas

Deben ser consumidas por niños mayores de 1 año de vida. Estos productos, generalmente, son fortificados con vitaminas A y D. Las leches condensadas por su alto contenido de azúcar (45%), solo deben agregarse a frutas, para lactantes a partir de los 6 meses de edad.

Para los lactantes a partir de un año, se puede dar el yogur, si fuera de su mayor preferencia.

Queso

Los quesos elaborados con leche total contienen calcio original, vitamina A y D. Se recomienda sancocharlos unos 10 a 15 minutos, antes de ofrecerle al niño, para prevenir la brucelosis.

Pescados y otros productos del mar

El valor nutricional del pescado es similar a la carne de res, pero tiene menos hierro. Las almejas, los camarones tienen bastante hierro. Las proteínas del pescado son de excelente calidad, para conservarlo, no se deben secar ni ahumar. A diferencia de la carne, el pescado contiene cantidades considerables de calcio si se comen los pequeños huesos. Sin embargo, el pescado que se les da a los niños debería estar completamente sin espinas y huesos. El pescado que ha sido enlatado en aceite es una fuente concentrada de energía.

Huevos

Los huevos son muy buen alimento para niños menores debido a que son una excelente fuente de proteína de buena calidad, lo mismo que de grasa y de vitamina A, Tiamina y Riboflavina, y también un poco de vitamina D. Son de fácil digestión y absorción.

Grasas y aceites

Las grasas y los aceites son fuentes de energías muy compactas o concentradas. Mejoran el sabor y la consistencia de los alimentos y aumentan el valor energético de una comida sin aumentar su volumen.

Azúcar

Si queremos enseñar hábitos saludables en alimentación a los niños, es mejor no darle azúcar, pero si por costumbre lo usamos, que sea azúcar rubia en mínimas cantidades. Si el consumo de azúcar va seguido de no lavar los dientes, dará, mayor riesgo a caries y enfermedades de las encías, en los niños o niñas.

Hierbas y especias

Por proporcionar sabor, se recomienda usarlo en mínimas cantidades, ya que no tienen valor nutritivo alguno.

Alimentación de los niños de 6 a 23 meses

El niño menor de un año, específicamente, el de 6 meses de edad, tiene su sistema digestivo preparado para recibir alimentos sólidos, pero al iniciar la alimentación complementaria, el lactante experimenta grandes cambios con respecto a la relación que existía entre él y su madre, por lo tanto esto debe ser manejado con mucho cuidado, para evitar efectos psicológicos y nutricionales, posteriores.

“Los hábitos alimentarios están fundados en experiencias propias del aprendizaje, determinando preferencias o rechazos alimentarios” (Cameron, 1989).

La experiencia nos demuestra que si la madre o cuidador(a) tienen la paciencia y los conocimientos necesarios para enseñar a comer saludable al niño o niña, logran que acepten paulatinamente diferentes tipos de alimentos y, posteriormente, todas las

combinaciones, en consistencia y cantidades adecuadas de acuerdo a su edad.

A partir de los 6 meses, es la edad más adecuada para empezar la alimentación complementaria, se debe tener en cuenta que su capacidad gástrica es pequeña (alrededor de 30 ml / Kg. de peso corporal), por ello se le debe ir proporcionando los alimentos progresivamente hasta alcanzar una dieta completa.

Un lactante a partir de los 6 meses de edad, requiere la introducción de alimentos tipo papilla además de la leche materna para cubrir sus necesidades de energía y nutrientes (MINSA-CHILE, 2015).

Los lactantes alimentados con leche materna, es necesario que reciba, paulatinamente, de 2 a 3 comidas espesas principales al día. Pero si es alimentado con fórmulas, se le debe ofrecer 3 a 4 comidas espesas al día y 1 a 2 refrigerios que incluyan productos lácteos. También, será importante preparar en consistencia, calidad y cantidad de los nutrientes de la ración alimenticia, según su edad. Las cantidades a medir, lo más práctico, es por cucharadas. A partir de los 6 meses de edad, al lactante, se le puede ofrecer de 1 a 3 cucharadas de alimentos combinados (proteínas, carbohidratos y vitaminas), se sabe que al inicio recibirá poco, por lo tanto se le debe dar comidas con una concentración alta de energía y nutrientes. Antes de los 9 meses de edad, debemos lograr que coma de 3 a 5 cucharadas, después de los 9 meses hasta los 11 meses de 5 a 7 cucharadas, y, al año de vida, de 7 a 10 cucharadas. La preparación deberán ser multimezclas, las que deben contener por día, dividido en 4 a 5 raciones (3 comidas normales y 2 entre comidas). La comida para el niño/a es mejor que sea preparada a partir de la olla familiar, separar los alimentos sólidos para hacer comidas espesas como papillas, purés, picados o trozados, esto será de acuerdo a su edad.

Por tener los alimentos de origen animal (carnes, pescado o vísceras), un alto contenido proteico, se deben ofrecer, por lo menos 3 veces a la semana, combinado con productos energéticos y verduras, añadiendo una cucharita de aceite vegetal. Usar, en cantidades mínimas, sal yodada en las preparaciones de las comidas. Ofrecer entre comidas, todos los días frutas, de la estación y de la localidad (MINSA-CHILE, 2015).

Entre el sexto y octavo mes de edad, del niño, ya debemos introducir todas las legumbres o menestras, con la seguridad de que, el aparato digestivo va a digerir sin problemas este grupo de nutrientes.

Los alimentos con alta potencialidad alergénica (mariscos, pescados, cocoa, chocolate, fresa, clara de huevo y algunos otros), generalmente se debe posponer hasta después del año de edad, con la confianza de que el lactante alcanzará su madurez inmunológica.

Ofrecerle leche materna después de las comidas. Hasta que pueda alimentarse solo, la madre o cualquier otra persona que lo cuide debe sentarse junto a él y darle las comidas con cuchara, colocándola en su boca. No debe usar biberón. Hay que animarlo a comer. No debe competir con sus hermanos mayores por los alimentos de un plato común por lo que se le debe servir su propia ración.

“En la medida de lo posible, la madre debe preparar los alimentos al momento de darlos o si guarda debe volverlos a hervir” (Medrano, 2002). Es sumamente importante, lavar las manos del niño o niña antes de ofrecerle los alimentos, porque puede coger, es más deberíamos motivarlo a que coma solo, al inicio con las manos, después con la cuchara. Si no se tiene en cuenta la higiene en todo momento (antes de preparar los alimentos, antes de servir, antes de darle a comer, etc.), de la madre, se corre el riesgo de que el lactante adquiriera enfermedades relacionadas a la falta de higiene personal y

de la alimentación, como la diarrea. Sin embargo, no limitar la alimentación, proporcionar raciones alimenticias en pequeñas cantidades, en mayor número de veces, con líquidos para hidratarlo; considerando, estrictas condiciones de higiene, es decir, utensilios limpios, manos lavadas y suministrarlos usando plato y cuchara. NUNCA USAR BIBERON (Medrano, 2002).

La desnutrición es más frecuente en este periodo. Por ello es menester tomar las medidas preventivas del caso con el fin de lograr un crecimiento adecuado y saludable del niño.

Durante el proceso de la investigación, aplicando la “Lista de Chequeo”, antes de la intervención educativa de enfermería, se observó que a los niños y niñas siempre les dan a comer, antes que a los demás componentes de la familia. La madre se preocupa por la poca cantidad que come de la ración ofrecida, es por ello que ellas prefieren darle sopas, o comida licuada, o puré de verduras, combinado con papa o camote. Por lo general, no le dan productos de origen animal refiriendo que así lo pasan rápido, y, comen más cantidad.

Las madres no dejan que los niños o niñas coman solos o solas, no les gusta que se ensucien. Se observó que las madres se estresan cuando ofrece la cucharada de comida y el niño o niña, no quiere comer, o recibe, pero luego lo vota de la boca.

En la intervención educativa de enfermería, se ha promovido, primeramente, el lavado de manos con agua y jabón, antes de preparar la ración alimenticia, también el lavado de manos del niño o niña antes de ofrecerle los alimentos. También, que la ración alimenticia a partir de los 6 meses de edad sea sacada del segundo preparado para la familia, el cual en su preparación se dio el mensaje que sea con productos naturales, convirtiéndolo en una papilla o puré

pero machucado con tenedor y cuchara, luego desde los nueve meses sea picado y desde los doce meses de edad sea ofrecido segundos, teniendo cuidado que las carnes sean en trozos pequeños. Se hizo énfasis, utilizando la cartilla de alimentación, sobre la importancia de preparar raciones alimenticias cuyo contenido sea alimentos energéticos (carbohidratos), constructores (proteínas), y protectores (vitaminas), agregando aceite, productos de la estación, de costo de acuerdo a sus posibilidades económicas; considerando las cantidades de acuerdo a la edad del niño o niña.

De igual manera se explicó sobre la importancia de que el niño o niña, coma cerca a la mesa que come la familia, en lo posible que tenga su silla-comedor, que se le dé en un plato trozos pequeños de alimentos suaves para que coja con la cuchara o su mano, limpio, y aprenda a comer en forma independiente, paralelamente se le ofrezca la comida de su ración alimenticia preparada. Mostrando siempre alegría y haciendo gestos de masticación hasta que termine la ración ofrecida.

2.4. Hipótesis

Cuando las madres reciben la intervención educativa de enfermería, las prácticas en alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses son buenas, por lo tanto, saludables.

2.5. Variables

Para la variable dependiente: prácticas saludables en alimentación complementaria de madres o cuidadores de niños de 6 a 12 meses.

Para la variable independiente: La intervención educativa de enfermería.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de la investigación

La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, observacional pre-experimental, ya que se evaluó la efectividad de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de alimentación complementaria en un grupo de madres de niños de 6 a 12 meses de edad.

3.2. Diseño de la investigación

La investigación es preexperimental: Diseño de prueba /posprueba con un solo grupo. Puesto que a un grupo de madres se les aplicó una lista de chequeo previa a la Intervención educativa de enfermería, luego se realizó la Intervención educativa en el hogar con una sesión demostrativa, de cómo preparar una ración alimenticia saludable (durante el almuerzo). Y, posterior al estímulo se aplicó nuevamente la lista de chequeo al mismo grupo.

3.3. Unidad de análisis

Una madre de niño o niña que le da su ración alimenticia, durante el almuerzo, a partir de los 6 hasta los 12 meses de edad.

3.4. Población

Madres o cuidadores de niños o niñas de 6 a 12 meses de edad, que acudieron a realizar su control CRED durante el periodo de estudio, en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. Establecimiento de salud, del primer nivel de atención, ubicado en el distrito de Los Olivos, perteneciente a la DIRIS Lima Norte. MINSA, con treinta y tres años de servicio, que brinda atención continuada durante doce horas diarias. Cuya población asignada, para el año 2018, según INEI fue de 415 niños y niñas de 6 a 12 meses de edad. Pero según la RENIEC la población asignada al establecimiento de salud fue de 145 niños y niñas de 6 a 12 meses de edad. , con sus respectivas madres.

3.5. Tamaño de la Muestra

Por ser un estudio social, y por su diseño, no se requiere usar fórmula para n muestral, de tal manera que la muestra fue no probabilística, intencionada, por conveniencia, con criterio de selección y con el consentimiento informado; considerando las características del sujeto de estudio.

3.6. Selección de la muestra

La muestra fue seleccionada por conveniencia, 30 madres con sus niños o niñas que concurrieron al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, que aceptaron participar en la investigación y que cumplieron el criterio de inclusión, luego de habersele realizado el control CRED, en los meses de enero, febrero

y marzo, que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

3.6.1. Criterios de inclusión

Ingresaron al estudio las madres, con sus respectivos niños o niñas de 6 a 12 meses de edad, evaluados en consultorio CRED, que **vivían en la jurisdicción asignada** al Centro de Salud “Carlos Cueto Fernandini”, que firmaron el consentimiento informado (Anexo 2), aceptando ingresar al estudio de investigación.

3.6.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio las madres, con sus respectivos niños o niñas de 6 a 12 meses de edad, evaluados en consultorio CRED, **que no vivían en la jurisdicción** asignada al Centro de Salud “Carlos Cueto Fernandini”.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La Técnica utilizada fue la **Observación** y el **instrumento** una “**Lista de Chequeo**” (Anexo 4), la cual fue aplicada antes y después de la intervención educativa de enfermería, en el hogar de las madres durante la primera y tercera visita domiciliaria, de las tres que en total fueron efectuadas, a cada hogar, por la investigadora.

Validez y confiabilidad del instrumento

Validez: Para demostrar la validez del instrumento se sometió a la opinión de ocho jueces expertos (6 enfermeros y 2 nutricionistas). Los

que fueron analizados, estadísticamente, con la Prueba Binomial: Juicio de expertos, de la tabla de concordancia, demostrando que según los puntajes de cada juez, existe una concordancia significativa ($p < 0.05$), entre los 8 jueces y los 7 ítems, lo cual permite aseverar que el instrumento es válido. (ver Cuadro 8)

Confiabilidad: Para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto a 10 encuestados. Los que fueron medidos con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kunderson, cuyo resultado denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman la Lista de Chequeo, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99, lo que determina que el instrumento es muy confiable para la presente investigación, ya que el coeficiente se aproxima a uno. (ver cuadro 9)

Las madres que participaron en la prueba piloto, no fueron consideradas dentro de la muestra (30 madres con su niño o niña), incluidas en la investigación. Pero si se les realizó la intervención educativa de enfermería para que aprendan en la práctica a proporcionar raciones alimenticias saludables a sus hijos.

Descripción del Instrumento

El instrumento “Lista de Chequeo”, fue elaborado por la investigadora, considerando el criterio de evaluación integral, ya que alimentar al niño o niña no solo es darle la ración alimenticia, es mucho más. Es por ello, que el instrumento consta del registro de los datos generales de la madre y el niño o niña. Seguido de los **ítems: Actividades**, en la que se considera el **lavado de manos con agua y jabón** (madre y niño o niña), esto con la finalidad de prevenir enfermedades gastrointestinales (diarreas, etc.); **tiene utensilios para medir la cantidad de la ración (plato, cuchara, etc.)**, el objetivo es observar que la cantidad de ración alimenticia sea de acuerdo a la edad del niño o niña, para lograr que la

ganancia de peso y talla, según su edad, sea la esperada. **Sienta al niño o niña en su silla de comer cerca a la mesa de la cocina o comedor**, lo que se quiere observar es si el niño o niña es integrado a la familia a la hora de comer, en este caso, durante el almuerzo, su importancia radica en que al integrarlo, motiva a que vaya adquiriendo el hábito saludable de compartir, vaya adquiriendo la habilidad de llevarse la comida a la boca, ya sea con su mano o con la cuchara, masticando, saboreando los alimentos, logrando que, paulatinamente, adquiera independencia para alimentarse.

Se continúa con el ítem 4. **Tipo de alimentos.** Aquí se considera que una ración alimenticia debe contener: Energéticos (carbohidratos: Cereales, tubérculos, granos y aceite), Constructores (proteínas: Alimentos de origen animal: sangrecita, hígado, bazo, pescado de lomo negro, carnes rojas, pollo, etc.), Reguladores (vitaminas o reguladores: verduras de colores), y, líquidos (agua, refresco natural, o leche materna).

El ítem 5. **Consistencia.** Se refiere a cómo debe presentarse la ración para que el niño o niña lo consuma, y será de acuerdo a la edad; para el de 6 a 8 meses de edad, la consistencia es papilla, todo machucado. De 9 a 11 meses de edad, la consistencia es picado; y, desde los 12 meses de edad ya puede comer los segundos que los adultos comen.

El ítem 6. **Cantidad de ración preparada.** Las medidas de las cantidades a colocar, en el plato, de los diferentes tipos de alimentos es de acuerdo a la edad del niño o niña, se harán utilizando la cuchara grande o llamado “cuchara sopera”. Se consideró para los 6 meses de edad darle 3 cucharadas, porque recién empieza a consumir alimentos diferentes de la leche materna; para niños o niñas de 7 hasta 8 meses de

edad, se puede servir hasta 5 cucharadas, de 9 a 11 meses, 7 cucharadas y a partir de los 12 meses, 10 cucharadas.

El ítem 7. **Cantidad de ración alimenticia que comió el niño o niña.** También es importante medir lo que comió de acuerdo a la ración alimenticia servida, lograr que termine la ración servida es lo que garantizara que el niño o niña gane las medidas antropométricas esperadas, por lo tanto, no se ponga en riesgo de problemas nutricionales.

Evaluación del aprendizaje práctico

La Lista de Chequeo, para evaluar el aprendizaje práctico, en alimentación complementaria, de la madre consideró colocar como puntaje “2”, si durante la observación los ítems eran ejecutados como se esperaba y con “0” los no ejecutados. Obteniéndose un Puntaje total. Los que fueron clasificados como valor final, relacionando la escala ordinal y la vigesimal (anexo 5: Operacionalización de variables). El instrumento considero una columna para registrar observaciones diferentes a lo esperado. Por ejemplo, en el niño o niña de 12 meses de edad, en cuanto a consistencia, esperábamos que le sirvieran una ración alimenticia, segundo de la olla familiar, se observó que le sirvió licuado o machucado o sopa, o también, en cuanto a combinaciones alimenticias, si preparo la ración alimenticia solo con uno o dos tipos de alimentos, etc. esos detalles se anotaron en observaciones para analizarlo.

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos, durante las visitas domiciliarias, se realizó en dos momentos: antes y después de la intervención educativa de enfermería.

MOMENTOS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA

PRIMERA VISITA DOMICILIARIA (V.D.)		SEGUNDA V.D.	TERCERA V.D.
Previo acuerdo con la madre se realizó la visita domiciliaria, mediante una entrevista, se explicó sobre el estudio de investigación, los objetivos, motivándola a participar, logrando la empatía y confianza necesarias para el desarrollo de todo el proceso educativo.	Identificación de problemas: se evaluó, observando, mediante la aplicación de la “Lista de chequeo” durante la preparación de la ración alimenticia, almuerzo, a niños o niñas de 6 a 12 meses de edad, por la madre.	Intervención educativa a la madre sobre cómo preparar la ración alimenticia saludable. Acuerdos para preparar materiales necesarios para la intervención en la siguiente visita domiciliaria.	Demostración, por parte de la investigadora, como preparar a partir de la olla familiar, y dar a comer la ración alimenticia al niño o niña de 6 a 12 meses de edad, en su domicilio. Se aplicó el Plan de Intervención Educativa de Enfermería (anexo 6). Se usó una “CARTILLA DE ALIMENTACION” como ayuda para realizar la intervención educativa. Re demostración por parte de la madre, de cómo preparar la ración alimenticia, almuerzo, y darle a comer al niño o niña. Evaluación final, observando, con la aplicación de la “Lista de chequeo”, durante la re demostración.

Historia clínica: Que tiene registrado todos los datos referentes a la madre y del niño o niña, ingresados al estudio de investigación.

Primera visita domiciliaria: Previo acuerdo con la madre, firmado el consentimiento informado, se realizó la visita domiciliaria, previa llamada telefónica, confirmando que nos espera; mediante una entrevista, se explicó sobre el estudio de investigación, los objetivos, motivándola a participar, logrando la empatía y confianza necesarias para el desarrollo de todo el proceso educativo.

Identificación de problemas: se evaluó, observando, mediante la aplicación de la “Lista de chequeo” durante la preparación de la ración alimenticia, almuerzo, a niños o niñas de 6 a 12 meses de edad, por la madre.

Acuerdos para realizar la **Intervención educativa** a la madre sobre cómo preparar la ración alimenticia saludable.

Con la madre se acordó preparar los materiales necesarios para la intervención educativa en la siguiente visita domiciliaria.

Segunda visita domiciliaria:

Se realizó al tercer día de la primera visita domiciliaria.

Demostración, por parte de la enfermera (investigadora), a la madre del niño o niña, como preparar, en el almuerzo, a partir de la olla familiar, y dar a comer la ración alimenticia, al niño o niña a partir de 6 hasta 12 meses de edad, en su domicilio. Se aplicó el Plan de Intervención Educativa de Enfermería (anexo 6). Se usó una “CARTILLA DE ALIMENTACION”, promocionado por el Ministerio de Salud (MINSA), como ayuda para realizar la intervención educativa.

Preparación de una ración alimenticia para un niño de 6 meses de edad: Antes de preparar la ración alimenticia se lavó las manos con agua y jabón, cogió el plato y la cuchara que la madre ya tenía listo, luego sacó los tres tipos de alimentos (proteínas, carbohidratos y verduras, una cuchara sopera de cada uno, más una cucharita de aceite de oliva), de la olla familiar que la madre ya había preparado, según las indicaciones dadas en la visita domiciliaria anterior, lo machuco hasta consistencia de papilla, luego se acercó a darle a comer, al niño que estaba sentado en su silla de comer, colocado cerca a la mesa, el niño comió solo dos cucharadas, a pesar que se le motivo, haciendo gestos de masticación.

Este procedimiento se realizó para los 30 niños o niñas, de acuerdo a su edad, incluidos en la investigación.

TIPO DE ALIMENTOS A USAR PARA PREPARAR LA RACIÓN ALIMENTARIA

PROTEINAS	CARBOHIDRATOS	VITAMINAS	GRASA	LIQUIDOS
Sangrecita Hígado Bazo Pescado Pollo, etc.	Arroz Papa Camote Yuca Quinua, etc.	Verduras de colores diferentes	Aceite de oliva u otro aceite vegetal	Leche materna Agua hervida Refrescos naturales sin azúcar.

CARTILLA DE ALIMENTACIÓN

Prepara estos alimentos para que tu bebé crezca sano y fuerte

De 0 a 5 meses: **De 6 a 12 meses:** **Mayor de un año:** **Dale comidas espesas 5 veces al día**

Hígado: **Pescado:** **Sangrecita:** **Ajíes:** **Habas:** **Agrega a sus comidas estos alimentos 2 días a la semana**

Zapallo: **Espinaca:** **Zanahoria:** **Tamato:** **Aceite:** **Dale 1 fruta y 1 verdura cada día**

Naranja: **Mango:** **Limon:** **Papaya:** **Plátano:** **Desde los 6 meses a los dos años, tu bebé debe tomar todos los días, a la misma hora, suplemento de hierro**

Después de cada comida, dale pecho

También debe recibir Vitamina A en el centro o puesto de salud (zona rural)

Tercera visita domiciliaria:

Se realizó al tercer día, después de la segunda visita domiciliaria.

Re-demostración por parte de la madre, de cómo preparar la ración alimenticia, almuerzo, y darle a comer al niño o niña.

Evaluación final, observando, con la aplicación de la “Lista de chequeo”, durante la re demostración, realizada por la madre.

3.7.3. *Análisis e interpretación de datos*

Los datos obtenidos fueron clasificados, analizados y procesados, sometiéndose a un análisis estadístico para lo cual se siguieron los siguientes pasos:

- Ingreso de datos al programa de Microsoft Excel, extrapolándose luego al programa estadístico SPSS versión 23
- Se aplicó la Prueba T de la diferencia.
- Para el análisis de recuento o análisis estadístico se usó el Chi cuadrado.

3.8. Aspectos éticos

Para realizar el estudio se contó con la autorización del médico jefe del establecimiento de salud y su equipo de gestión.

También, antes de incluir a los sujetos de investigación se tuvo la firma del consentimiento informado de la madre del niño o niña incluidos en el estudio de investigación.

En todo momento se aplicó los principios éticos de autonomía o respeto a las personas, así como, la confidencialidad de la información; la beneficencia, considerando que todo procedimiento realizado durante la intervención educativa de enfermería, se dio buscando el beneficio de la madre y el niño o niña. Para ello, se tomó

en consideración la Declaración de Helsinki, el cual dice: “La investigación médica con la participación de sujetos humanos solo podrá realizarse si la importancia del objetivo supera los riesgos e inconvenientes inherentes para los sujetos de la investigación”.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

DATOS GENERALES

Tabla 1. Edad de Madres y Niños participantes en la Investigación. C.S. Carlos Cueto Fernandini - 2018

EDAD	Niño (meses)	Madre (años)
Promedio	9.3	29.6
Desviación estándar	1.9	5.5
Moda	8	34
Mediana	9	29.5
V max	12	40
Vmin	6	17
Total	30	30

Las madres que participaron en el estudio de investigación tuvieron un promedio de edad de 30 años ($DE \pm 5,5$), es decir madres jóvenes, que mostraron interés por aprender cómo dar una alimentación complementaria saludable. Y la edad promedio de los niños fue de 9 meses.

Tabla 2. Grado de instrucción de las madres del estudio

Grado de Instrucción	N°	%
Primaria incompleta	1	3.3
Primaria completa	1	3.3
Secundaria incompleta	2	6.7
Secundaria completa	11	36.7
Superior incompleta	2	6.7
Superior completa	13	43.3
Total	30	100.0

El 43.3% (13) estudios secundarios y 50% (15) estudios superiores, lo que facilitó que ellas aprendieran todo lo demostrado por la enfermera e hicieran la redemonstración de cómo preparar raciones alimenticias saludables.

Tabla 3. Ocupación de las madres del estudio

Ocupación	N°	%
Empleada	6	20.0
Ama de casa	17	56.7
Profesionales	7	23.3
Total	30	100

El 56,7% (17), de las madres eran ama de casa, el 20% (6) eran empleadas y el 23,3% (7) profesionales.

DATOS ESPECÍFICOS

Tabla 4. Prácticas de las madres en Alimentación Complementaria antes de la Intervención Educativa de Enfermería

Puntaje	Calificación	N°	%
0 a 5	Muy malo	0	0

6 a 10	Malo	7	23.3
11 a 15	Regular	22	73.3
16 a 17	Bueno	1	3.3
18 a 20	Muy bueno	0	0
TOTAL		30	100

Se observa que antes de la intervención educativa de enfermería las prácticas de alimentación complementaria de madres a niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, fueron: Malas 23,3% (7), Regulares 73,3% (22) y Buenas 3,3% (1).

Tabla 5. Prácticas de las madres en Alimentación Complementaria después de la Intervención Educativa de Enfermería

Puntaje	Practica	N°	%
0 a 5	Muy malo	0	0
6 a 10	Malo	0	0
11 a 15	Regular	2	6.7
16 a 17	Bueno	13	43.3
18 a 20	Muy bueno	15	50
TOTAL		30	100

Aplicado la Lista de chequeo, durante la re demostración de la madre, Los puntajes de calificación obtenidos, después de la intervención educativa de enfermería en la práctica de alimentación complementaria de madres a niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, fueron: Regular 6.7% (02), Bueno 43.3% (13) y Muy Bueno 50% (15).

Tabla 6. Observaciones que se realizan antes y después de Intervención Educativa de Enfermería.

Observación	ANTES		DESPUÉS	
	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)
Se lava las manos	100.0	0.0	100.0	0.0
Tiene utensilios	100.0	0.0	100.0	0.0
Sienta en silla comedor	43.3	56.7	56.7	43.3
Energéticos	86.7	13.3	96.7	3.3
Constructores	53.3	46.7	100.0	0.0

Reguladores	56.7	43.3	60.0	40.0
Líquidos	53.3	46.7	100.0	0.0
Cons. adec.	23.7	76.6	93.3	6.7
Cant. Serv. adec.	83.4	16.6	100.0	0.0
Cant. Rac. comio	6.6	93.4	40.0	60.0

4.2. Discusión

La Norma Técnica de Salud N°137-MINSA-2017-DGIESP, para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años (CRED), refiere que cuando se atiende a los usuarios del CRED, es necesario hacerlo con un enfoque intercultural, esto significa que se debe considerar a las personas con su propia cultura, valores y costumbres, brindándoles una atención diferenciada.

Madeleine Leininger, en la “Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales”, considera que los cuidados son el tema central de la atención, de la ciencia y el ejercicio profesional de enfermería. Los cuidados incluyen actividades de asistencia, de apoyo o de facilitar para la persona o un grupo de personas con necesidades evidentes o previsibles.

En la práctica, según esta teoría, el profesional enfermero (a), durante la atención CRED, interactúa con las madres, padres u otros cuidadores del niño o niña, respetando sus valores, creencias y costumbres, considerando un tema prioritario su alimentación a partir de los seis meses de edad con el objetivo de contribuir en la prevención de la anemia y de problemas nutricionales, como son la desnutrición, sobrepeso u obesidad.

La enfermera, en el primer nivel de atención, en su labor cotidiana, específicamente, cuando hace control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, tiene la oportunidad de compartir experiencias y conocimientos con las madres o cuidadores, será más interesante aun

si los conocimientos teóricos lo demuestra en la práctica con una educación con la participación de la madre o cuidador(a), para lograr que internalicen los conocimientos y lo pongan en práctica permanentemente, como fue el objetivo del estudio, que las madres aprendan a alimentar saludablemente, para lograr que los niños y niñas tengan un crecimiento adecuado acorde a su edad.

En el marco de esta teoría, la investigadora, primeramente, observó como las madres ejecutaron las acciones para preparar una ración alimenticia en sus hogares, luego del cual, realizó la demostración del proceso correcto de preparar la ración alimenticia (el almuerzo), para su niño o niña, motivando a que aprendan y pongan en práctica lo demostrado en beneficio de una alimentación saludable, considerando la calidad, cantidad y consistencia, según la edad del niño o niña.

De lo observado y aprendido, la madre o cuidador puede innovar ideas de cómo preparar las raciones alimenticias, pero siempre considerando los componentes a combinar (proteínas, carbohidratos y vitaminas), de acuerdo a lo que se produce en la zona en la que vive. Según mi experiencia para que una intervención educativa cumpla sus objetivos es necesaria la participación activa del responsable de transmitir, compartir conocimientos y el que desea aprender, en este caso la madre.

Antes de la intervención educativa de enfermería, la gran mayoría de las madres (96.6%), tenían prácticas entre regulares y malas (Tabla 4), mientras que después de la intervención educativa de enfermería, la mayoría tuvieron practicas entre muy buenas y buenas.

Dentro de las prácticas saludables, consideradas en el instrumento, están: el lavado de manos, tener los utensilios necesarios para

preparar la ración alimenticia, así como, tener una silla comedor para ir motivando al niño o niña a que se acostumbre a tener interiorizado que es la hora de consumir sus alimentos. (Ítems 1,2 y 3). Los resultados señalan que las dos primeras actividades si lo realizaban todas las madres, antes y después de la intervención educativa de enfermería (anexo 6 y 12), mientras que La tercera actividad que es poner al niño o niña en su silla de comer, antes lo realizaron un 43.3% (anexo 7), de las madres y después de la intervención educativa de enfermería, esto mejoró ligeramente a un 56.7% (Anexo 13), ya que las madres no contaban con las sillas especiales, por lo que para alimentar al niño o niña lo sentaban en su coche, corral de juegos, o lo cargaban.

Con respecto al ítem 4. Componentes nutricionales de las raciones alimenticias. Antes de la intervención educativa de enfermería, se identificó que las prácticas en alimentación complementaria no eran saludables, ya que se encontró que el 86,6% de las madres prepararon la ración alimenticia a base de energéticos mayormente, papa, camote y arroz, solo el 53%, le agrego alimentos constructores (hígado, pollo), y el 56%, le agrego alimentos protectores como verduras: espinaca, zanahoria, zapallo y otros. (Anexo 8). El problema identificado en la preparación de las raciones alimenticias fue básicamente en la manera de combinar los alimentos, ya que algunas madres solo daban energéticos, otras energéticos con protectores o energéticos con constructores, o solo protectores. Pocas dieron los tres tipos de alimentos (energéticos, constructores y protectores). Según lo observado, estas prácticas no favorecen al crecimiento adecuado de los niños o niñas, es más, los pone en riesgo de sobrepeso, desnutrición, y anemia.

Con respecto a la administración de líquidos el 53,3 % de las madres si le dieron y el 46,7% no le dieron líquidos (anexo 8), manifestando, que si le daba líquido o pecho ya no quería la comida.

Después de la intervención educativa de enfermería, se identificó que las prácticas en alimentación complementaria habían mejorado, ya que se encontró que casi la totalidad de las madres, prepararon la ración alimenticia con energéticos, y le agregaron alimentos constructores (sangrecita, hígado, pescado); 60 % de las madres, le agregaron alimentos protectores (verduras: espinaca, zanahoria, zapallo y otros) (anexo 14).

Referente al ítem 5. Consistencia de la ración preparada. A pesar que todas recibieron la orientación nutricional como parte del paquete de atención, durante el CRED; antes de la intervención educativa, solo 26.6% de las madres le dieron alimentos de consistencia recomendada, 46.6% le proporcionaban alimentos de tipo “sopa”, 10% como puré a pesar de tener más de 9 meses y 16.6% le daban licuado (anexo 9); refiriendo que así era más fácil para que el niño coma, porque si le daban machucado “lo escupía y no quería comer más”. Las madres manifestaron haber sido orientadas, por la enfermera, durante el CRED o por la nutricionista, en su consulta, como alimentar a su niño o niña, pero que ellas “preferían darle papita, verdura sancochada, porque eran más suaves y no corrían el peligro de atorarse”.

Se observó que las madres que hacían estas prácticas se estresaban a la hora de proporcionar el almuerzo a sus hijos. En resumen, podemos apreciar que las raciones preparadas, por las madres no contenían los tres tipos de alimentos (energéticos o carbohidratos, constructores o proteínas y reguladores o vitaminas).

En el estudio realizado por Valenzuela, F. (2002), en Chuschi Ayacucho, encontró, que no hay relación entre el conocimiento y la actitud de las madres respecto a las prácticas de alimentación en el niño, que las madres daban a los niños mayor cantidad de alimentos de consistencia líquida que los alimentos ricos en grasas y aceites, hallazgos similares al nuestro.

Sánchez, A. (2015), en Guatemala, sobre “Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al centro de salud del municipio de San Juan Sacatepéquez”. Encontró que, de 14 grupos de alimentos establecidos para dicha investigación, 5 de ellos fueron dados antes de la edad recomendada y 6 de ellos a partir de los 6 meses de edad. Así mismo, que los infantes recibieron insuficiente cantidad de energías, proteínas y grasas al día, teniendo como consecuencia un 62,8% de los infantes con desnutrición crónica, resultado que coinciden con nuestros hallazgos.

Amado, M. (1998). En la investigación, sobre patrones de alimentación en niños durante el primer año de vida, encontró resultados parecidos a los nuestros, como es, que las madres daban a sus hijos, mayormente, papillas y algunas mazamorras, como también caldos y sopas, sin determinar la calidad de las preparaciones.

Después de la Intervención educativa de enfermería casi el 100% de madres prepararon la ración alimenticia con la consistencia adecuada, considerando la edad del niño o niña. El 6.7% de las madres prepararon sopa para sus niños. (Anexo 15).

En cuanto al ítem 6, sobre la cantidad de la ración servida, según la edad de cada niño o niña. Antes de la intervención educativa de enfermería encontramos que el 83,4% de las madres si servían la cantidad adecuada al niño y el 16,6% servían menor cantidad a la que correspondía; esto fue más frecuente en lo servido para niños entre 9 y 12 meses (Anexo 10), frente a ello las madres expresaron: “porque no terminan si le sirvo más”.

Durante la intervención educativa de enfermería se le explicó sobre la gran importancia de preparar y servir la cantidad, según la edad de cada niño o niña, para que el incremento del peso y la talla estén dentro de lo esperado, recomendando que la mejor manera de medir es con las cucharas soperas, colocando en el plato que comerá.

Por nuestros resultados, podemos afirmar que la intervención educativa de enfermería logró que todas las madres preparen y sirvan cantidades adecuadas de raciones alimenticias en el almuerzo. (Anexo 16).

Al respecto Los estudios de Mórdalo, J. (2015). “Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en los adolescentes de una Institución Educativa”, tuvo resultados similares a los nuestros, ya que concluyeron que el nivel de conocimientos sobre la alimentación saludable de los adolescentes se incrementó después del programa educativo.

Merino, B. (2014). En la investigación “Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre alimentación saludable y el estado nutricional de preescolares”. Hallaron que el nivel de conocimientos de 20 madres, mejoró después de participar en un programa educativo, corroborando que los programas educativos

logran cambiar conocimientos y sobre todo las prácticas y actitudes, en este caso sobre la alimentación saludable.

Con respecto al ítem 7. Luego que la madre sirvió la ración alimenticia, era importante observar la cantidad que el niño o niña comía, antes de la intervención educativa de enfermería, encontramos que solo el 6,6% (2) de los niños terminó la cantidad servida, y, el 93,4 % (28) no lo terminó. Al preguntarle si días anteriores había sucedido lo mismo, las madres respondieron: “que mayormente no terminan, que quieren lactar”. Esto podría deberse a que las madres, minimizan la importancia de lograr que su niño o niña, consuman la ración alimenticia en consistencia y cantidad, de acuerdo a su edad, proporcionando leche materna o formulas, manifestando: “Todavía esta pequeño mi hijo, ya después comerá”.

En la intervención educativa de enfermería, se les explicó que a media mañana, es importante, que le den fruta y lactancia, pero que luego esperen hasta la hora de almuerzo, con la finalidad de que terminen toda la ración servida y que después le pueden dar leche materna, además se recomendó que les enseñen a comer con paciencia y mucho cariño, asimismo, que permitan que se lleven, en muy pequeños trozos, ellos mismos la comida a la boca, mientras paralelamente le dan del plato servido. Se les hizo la demostración de cómo hacerlo, logrando que coman.

Después de la intervención educativa de enfermería, de 6,6% subió a 40%, los niños que comieron toda la ración ofrecida, pero que aún el 60% de los niños o niñas no terminaron la ración servida (Anexo 17). Estos resultados podrían estar relacionados con el hecho de que algunos de los niños o niñas reciben lactancia materna antes de comer.

Se pudo apreciar que no a todas las madres les preocupa si aún los lactantes no comen, o no terminan la ración alimenticia servida, refiriendo que todavía “está chiquito” y que si no comen ellas “le dan el pecho o biberón con otras leches o fórmulas”.

Velasco, M. (2014), en Zaragoza, en el estudio sobre “Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje”, en el que permitieron que los bebés, desde los 6 meses de edad, con la mano cojan los alimentos y se lo lleven a la boca, sin necesidad que otra persona se lo dé a comer. Señalaron que esto promueve el gusto para comer, adquiriendo independencia y hábitos adecuados de los bebés. En relación a los resultados de este estudio, nuestros hallazgos fueron totalmente diferentes, porque todas las madres participantes en la investigación le daban de comer a los niños o niñas, en la boca, antes y después de la intervención educativa de enfermería, a pesar de haberlas motivado a que proporcionen pequeños trozos de comida en su plato a niños de 9 meses, pero no lo hicieron diciendo: “juega y se ensucia, por eso mejor le doy en la boca”.

Galindo, D. (2011), en Lima, estudió sobre “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza” señalaron que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria, en nuestros hallazgos encontramos que las madres si conocen como alimentar a los niños, pero en la práctica aún hay debilidades para aplicarlo.

Zavaleta, 2012. En Lima. En el estudio “Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten a la consulta del CRED del P.S. Cono Norte”, Hallaron que los conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres son buenos, y que el mayor porcentaje de niños lactantes menores tienen un estado nutricional de normal. Nuestros resultados mostraron que la Intervención educativa de enfermería incrementó las prácticas saludables en alimentación complementaria de las madres de los niños o niñas de 6 a 12 meses, pero lo preocupante fue observar que la mayoría no comió toda la ración servida, lo cual, al correr del tiempo los pone en riesgo de desnutrición.

Creemos que es de gran importancia contribuir para que las madres enseñen a comer de manera saludable, sobre todo a los niños o niñas desde los 6 meses de edad, buscando su independencia para llevarse la comida a la boca con el objetivo de que al llegar al año de vida ya acepte todo tipo de alimentos balanceados, en cantidad y consistencia adecuada, para prevenir problemas de malnutrición.

Desde el primer momento en que se identificaron los problemas de las madres en alimentación complementaria aplicando la lista de chequeo, se conversó con las enfermeras y nutricionista que laboran en el Establecimiento de Salud, con la finalidad de que se continúe con el programa educativo y se realicen visitas domiciliarias para reforzar la orientación sobre alimentación complementaria saludable, específicamente, para los niños o niñas de 6 a 12 meses de edad con demostraciones y re demostraciones en la preparación de los alimentos.

4.3. Pruebas de hipótesis

Hipótesis nula (H0) El promedio de las evaluaciones en el pre y post test, son semejantes, sin variación.

Hipótesis alterna (H1) El promedio de las evaluaciones en el pre y post test, son diferentes, siendo mayor en el post test.

Cuadro 1. Análisis de varianza de un factor

Prueba t de la diferencia

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>n</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
PRE	30	370	12.33	2.78
POST	30	506	16.87	1.57

Cuadro 2. ANÁLISIS DE VARIANZA

<i>Origen</i>	<i>SUMA X²</i>	<i>G.L.</i>	<i>X²</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Valor crítico F</i>
Entre grupos	308.27	1	308.27	141.75	3.27E-17	4.01
Dentro de los grupos	126.13	58	2.17			
Total	434.4	59			p < 0.000	

Mostramos el análisis de varianza de un factor, Prueba t de la diferencia (Cuadro 8), con los puntajes totales obtenidos, en la aplicación de la lista de chequeo, antes y después de la intervención educativa de enfermería en la alimentación complementaria, la demostración estadística inferencial demuestra que la variación del promedio de 12.33 +- 2.78 a un promedio de 16.87 +- 1.57 tiene diferencia significativa con un p valor (p<0.000), con lo que demuestra que la intervención educativa de enfermería permitió cambios en la práctica de manera significativa.

Otra forma con la que se demuestra que la intervención educativa de enfermería, logro cambios significativos en las prácticas de las madres fue mediante el Chi-Cuadrado (Cuadro 9), que obtuvo un valor de 48,9 (gl. 3 y un valor $p=0.000$), antes de la intervención educativa de enfermería, aplicando la lista de chequeo, el 73,4% de las madres, estuvieron en la categoría de prácticas regulares, y, después de la intervención educativa de enfermería, el 50% de ellas tuvieron practicas muy buenas.

CONCLUSIONES

- La mayoría de las madres antes de la intervención educativa de enfermería, tenían prácticas “regulares y malas” en alimentación complementaria, consideradas no saludables, ya que preparaban la ración alimenticia a base de energéticos, la mitad de ellas le agregaban alimentos constructores y un poco más de la mitad de las madres le agregaban alimentos protectores. Pocas daban los tres tipos de alimentos (energéticos, constructores y protectores). La mitad de las madres no le ofrecían líquidos a los niños, más si preparaban alimentos tipo “sopa”. Un menor porcentaje le daba “puré” o alimento “licuado” a pesar de tener más de 9 meses el niño. La mayoría si servían la cantidad adecuada de alimentos, mientras que un menor porcentaje no servía la ración adecuada sobre todo a los niños entre 9 y 12 meses. Las prácticas saludables que todas realizaban fueron el lavado de manos con agua y jabón, y el uso de utensilios necesarios para preparar las raciones alimenticias.

- Después de la intervención educativa de enfermería, la mayoría de las madres tuvieron muy buenas y buenas prácticas en alimentación complementaria, consideradas saludables, ya que todas realizaban el lavado de manos con agua y jabón, y el uso de utensilios necesarios para preparar las raciones alimenticias. Casi todas las madres prepararon la ración alimenticia con energéticos (papa, camote y arroz); todas le agregaron alimentos constructores (sangrecita, hígado, y/o pescado), un 60% le agregaron alimentos protectores (verduras: espinaca, zanahoria, zapallo y otros). Casi la totalidad de las madres prepararon la ración alimenticia con la consistencia adecuada, considerando la edad del niño o niña, persistiendo un porcentaje mínimo que prepararon “sopa”. Todas las madres sirvieron la cantidad adecuada, considerando la edad del niño o niña, pero un porcentaje significativo de niños o niñas (60%) no consumieron la cantidad de la ración servida por la madre.
- La intervención educativa de enfermería fue efectiva, las madres tuvieron practicas saludables, buenas y muy buenas, en alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses, confirmando la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

- A los profesionales enfermeros, considerar este estudio como punto de partida para realizar otras investigaciones, hasta en los lugares más alejados con la finalidad de identificar los problemas reales existentes en lo referente a la alimentación complementaria de los niños o niñas de 6 a 12 meses de edad, tomando en cuenta que el instrumento ya está validado.
- Contribuir a disminuir los problemas de malnutrición, orientando a las madres desde su etapa de gestación, para que le den lactancia materna exclusiva desde la primera hora de nacido de su bebé hasta los 6 meses de edad, para luego iniciar la alimentación complementaria saludable.
- Realizar la orientación a las madres o cuidadores de niños o niñas, desde que inician la alimentación complementaria, sobre la

importancia que tiene el enseñar a comer saludable para prevenir problemas nutricionales.

- Realizar intervenciones educativas sobre alimentación complementaria, durante las visitas domiciliarias, considerando motivar a las madres o cuidadores para que valoren nuestro interés en contribuir a prevenir problemas nutricionales, tempranamente, es decir, antes que estos se den.
- Que el Ministerio de Salud promueva que dentro de las actividades de visitas de salud familiar (PROFAM), se priorice las intervenciones educativas con sesiones demostrativas en alimentación complementaria, específicamente, para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, para prevenir la anemia y otros problemas de malnutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado, Sor María. (1998). "Patrones de alimentación en niños durante el primer año de vida". Instituto Nacional de Salud del niño. Lima-Perú. pág.5, 27-28.
- Ayres, J. (2002). "Conceptos y prácticas en salud pública. Algunas reflexiones". Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 20(2), pag. 67-82.
- Cameron, M. (1989). "Manual para Alimentación de Infantes y Niños Pequeños". Tercera edición. México. Editorial: Pax.
- Castro, K. (2015). "Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años". Tesis para licenciatura en enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.
- Cuesta, M. (2014). Familia y salud. Madrid-España.
- Flores, G. Paola y otros. (2004). "Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, en el Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Hospital", "José Agurto Tello" de Chosica. Lima-Perú.
- Galindo, D. (2011). "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria" en el Centro de Salud Nueva Esperanza. Lima-Perú.
- <http://www.who.int/chilgrowth/ingrs/es>
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. Scielo.

- Leninger, M. (1998). Traducido por Cecilia Rohrbach. "Introducción a la Teoría de los Cuidados Culturales de la Diversidad y la Universalidad". Universidad de Lausanne. Suiza.
- Medrano, M. (2002). "Guía de Atención para el menor de 5 años". Lima-Perú.
- Merino, B. (2014). Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre alimentación saludable y el estado nutricional de pre escolares. La Libertad-Perú.
- MINSAL. CHILE. (2015). "Guía de alimentación del niño menor de 2 años". Pag. 1-59. 4ta. Edición.
- MINSAL. PERU. (2017). "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo del niño y la niña menor de 5 años. RM-N°137-2017/MINSAL. DIGESP Lima-Perú.
- Ruiz, A. (2018). Revista de Salud y Bienestar. Navarra-España.
- Mondalago, J. (2015). "Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en los adolescentes de una Institución Educativa". Lima-Perú.
- Monsalve, D. (2009). "Efecto de una intervención educativa dirigida a cuidadores de niños menores de dos años sobre la prevención del Síndrome del niño sacudido en una institución de primer nivel". Bogotá. D.C.
- OPS. (1997). "Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida". PALTEX. pag.38.
- OPS. (1994). "Manual de crecimiento y desarrollo del niño". Washington, D.C. PALTEX. 2da. Edición.
- OPS.OMS. (1997). "Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia" (AIEPI). Lima-Perú.
- Otañez, S. (2010). "Intervención nutricional en los niños con VIH/SIDA del programa vida y esperanza". Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Perú.
- Olave S, Fuentes D, Minaya G, Surco R, Yagui M, Espinoza M. (2010). Aspectos éticos, legales y metodológicos de los ensayos clínicos para su uso por los Comités de Ética. INS. Lima-Perú.
- Pino, E. (2013). "La dimensión social de la universidad del siglo XXI creación del programa de aprendizaje-servicio de la universidad técnica de Ambato". Tesis de Maestría. Universidad Complutense de Madrid facultad de educación. Madrid.

proyectos.inei.gob.pe/endes/resultados.asp

Sánchez, A. (2015). "Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al centro de salud del municipio de San Juan Sacatepéquez". Guatemala.

Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. (2008). "Intervenciones para prevenir la obesidad infantil". Bogotá. Cochrane.

Valenzuela, F. (2002). "Conocimientos y actitudes sobre nutrición infantil de las madres de la comunidad de Chuschi". Ayacucho. Tesis para licenciatura en enfermería. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho-Perú.

Velasco, M. (2014). "Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje". Universidad de Zaragoza. Posgrado de Medicina Naturista.

www.who.int/bulletin/volumes/83/3/nandy0305abstract

www.who.int/childgrowth/standards/es/

www.guiainfantil.com/blog/1203/que-cantidad-de-agua

www.who.int/nutrition/about_us/es/

Zavaleta, S. (2012). "Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten a la consulta del CRED del P.S. Cono Norte...". Lima.



ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

N° Anexos	Pág.
1. Autorización del jefe de establecimiento para la ejecución de la investigación.....	1
2. Consentimiento informado.....	2
3. Carta para Juez de experto.....	3
4. Lista de Chequeo.....	6
5. Operacionalización de variables.....	7
6. Plan de Intervención educativa de enfermería en alimentación complementaria.....	9
7. Actividad que realiza la madre antes de preparar la ración alimenticia, antes de la intervención educativa de Enfermería C.S. Carlos Cueto Fernandini- 2018.....	12
8. Actividades que realiza la madre antes de ofrecer al niño o niña la ración preparada, antes de la intervención educativa de enfermería.....	12
9. Componentes nutricionales de las raciones alimenticias que las madres prepararon antes de la intervención educativa de enfermería.....	12
10. Antes de la intervención educativa de enfermería consiste de ración preparada por la madre.....	12
11. Antes de la intervención educativa de enfermería, cantidad de ración servida por la madre.....	13
12. Antes de la intervención educativa de enfermería. cantidad que comió el niño o niña.....	13
13. Actividades que realiza la madre antes de preparar la ración alimenticia después de la intervención educativa de enfermería.....	13

14.	Actividades que realiza la madre antes de ofrecer al niño o niña la ración preparada, después de la intervención...	13
15.	Componentes nutricionales de las raciones alimenticias que las madres prepararon después de la intervención educativa de enfermería.....	14
16.	Después de la intervención educativa de enfermería. consistencia de ración preparada por la madre.....	14
17.	Después de la intervención educativa de enfermería. cantidad de ración servida por la madre.....	14
18.	Después de la intervención educativa de enfermería. cantidad que comió el niño o niña.....	14
Cuadros		15

ANEXO 1

 UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Fundada en 1551)
FACULTAD DE MEDICINA 

Lima, 17 de enero del 2017

Doctora
SANDRA OSORIO SAN MARTIN
Jefa del C.S Carlos Cueto Fernandini
Presente.-


De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a la vez, manifestarle que doña DORIS LUISA GALA ARROYO alumna de la Maestría en Enfermería, viene realizando el trabajo de Investigación titulado "EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES O CUIDADORES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD CARLOS CUETO FERNANDINI. 2017." modalidad que asume para graduarse como Magister.

Vista la solicitud de la interesada, solicito a usted o autorice a quien corresponda las facilidades necesarias para que el mencionado estudiante pueda recolectar información para su trabajo de Investigación.

Agradeciéndole anticipadamente por la deferencia brindada al presente, me suscribo de Usted.

Atentamente,

 UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad Del Perú, Decano de América
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Postgrado
Mg. LUIS ENRIQUE POGGIA GAVILANO
Jefe
Sección Maestría

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
C.S. CARLOS CUETO FERNANDINI
17 ENE. 2017
RECIBIDO
Uma: 4 Hora: 00

EPG/mpu

Av. Grau 755- Lima telefonos 6197000 anexo 4646
Web: www.unmsm.edu.pe/medicina

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Identificada(o)

con DNI.....

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación, cuyo título es: “Efecto de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de alimentación complementaria en madres o cuidadores de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. 2018. Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información vertida en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

.....
Nombre y Apellido
DNI

ANEXO 3

Lima, Enero, del 2018.

Srita. Licenciada.

Es grato dirigirme a Usted para manifestarle mi saludo cordial. Dada su experiencia profesional y méritos académicos y personales, le solicito su inapreciable colaboración como experto para la validación de contenidos de los ítems del instrumento (Anexo 4), que serán aplicados a una muestra seleccionada que tiene como finalidad recoger información directa para la investigación titulada **“Efecto de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de alimentación complementaria, en madres o cuidadores, de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. 2018”**, para obtener el grado académico de magister en enfermería.

Para efectuar la validación del instrumento, será necesario que lea cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de calificación, en donde se pueden seleccionar una, varias o ninguna alternativa de acuerdo al criterio personal y profesional que corresponda al instrumento.

Se le agradece las sugerencias relativas a la redacción, el contenido, la pertinencia y congruencia u otro aspecto que considere relevante para mejorar el mismo.

Muy atentamente,

Gala Arroyo Doris Luisa

Email: dorisgal3@hotmail.com

JUICIO DE EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO, "LISTA DE CHEQUEO", QUE SERA APLICADA A LOS ELEMENTOS DE LA MUESTRA

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla un aspa correspondiente al aspecto cualitativo de cada ítem y alternativa de calificación, según los criterios que a continuación se detallan:

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia con los indicadores, dimensiones y variables de estudio. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o mejora de cada ítem.

ITEMS	Claridad de la redacción		Coherencia interna		Congruencia con las variables de estudio		Pertinencia con los indicadores de estudio		Esencial		Útil pero no esencial		OBSERVACIONES (Por favor, indique si debe eliminarse o modificarse algún ítem)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

Muchas gracias por su apoyo.

Grado académico:.....
Apellidos:.....

Nombre y

Firma:.....

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe,.....
con

documento de identidad Nro.de profesión.....

con Grado de....., ejerciendo actualmente
como.....

En la institución.....

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento (Lista de chequeo), a los efectos de su aplicación en los domicilios de las madres o cuidadores de las niñas o niños que viven en la jurisdicción asignada al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones,

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma:.....

ANEXO 4

LISTA DE CHEQUEO

CODIGO: HISTORIA CLINICA: F.N.: EDAD..... (NIÑO/A): D.N.I. :
EDAD (MADRE O CUIDADOR): OCUPACION: GRADO DE INSTRUCCION: E. Civil: RELIGION:
OBSERVACION: PRACTICA DE LA MADRE O CUIDADOR(A) QUE PREPARA LA RACION ALIMENTICIA (ALMUERZO), DEL NIÑO O NIÑA. PUNTAJE (P): SI=2 NO=0

ACTIVIDADES	SI	NO	P	OBSERVACIONES
1. Se lava las manos con agua y jabón				
2. Tiene utensilios para medir la cantidad de ración (plato, cuchara, etc.)				
3. Sienta al niño o niña en su silla de comer cerca a la mesa de cocina o comedor				

TIPOS DE ALIMENTOS QUE USA PARA PREPARAR LA RACION ALIMENTICIA (ALMUERZO) DEL NIÑO O NIÑA.

4.TIPO DE ALIMENTO	SI	NO	P	OBSERVACIONES
Carbohidratos o Energéticos (Cereales, tubérculos, granos y aceite)				
Proteínas o Constructores (Alimentos de origen animal: sangrecita, hígado, bazo, pescado de lomo negro, carnes rojas, pollo, etc.).				
Vitaminas o Reguladores (verduras de colores)				
Líquidos (agua, refresco natural, o leche materna.)				

CONSISTENCIA DE LA RACION ALIMENTICIA (ALMUERZO) DEL NIÑO O NIÑA

5. CONSISTENCIA	EDAD	SI	NO	P	OBSERVACIONES
Puré (aplastado)	6 a 8 M				
Alimentos picados	9 a 11 M				
Segundos	12 M a más				

CANTIDAD DE RACION ALIMENTICIA (ALMUERZO), SEGÚN EDAD, QUE PREPARÓ LA MADRE O CUIDADOR(A)

6. CANTIDAD (medido en plato) mediano, por cucharadas	EDAD	SI	NO	P	OBSERVACIONES
1 a 3 cucharadas	6 M				
3 a 5 cucharadas (1/2 plato)	7 a 8 M				
5 a 7 cucharadas (3/4 plato)	9 a 11 M				
7 a 10 cucharadas (1 plato lleno)	12 M a más				

CANTIDAD DE RACION ALIMENTICIA (ALMUERZO), SEGÚN EDAD, QUE COMIÓ EL NIÑO O NIÑA

7. CANTIDAD (medido en plato mediano, por cucharadas)	EDAD	SI	NO	P	OBSERVACIONES
1 a 3 cucharadas	6 M				
3 a 5 cucharadas (1/2 plato)	7 a 8 M				
5 a 7 cucharadas (3/4 plato)	9 a 11 M				
7 a 10 cucharadas (1 plato lleno)	12 M				

PUNTAJE TOTAL:

ANEXO 5

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el efecto de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de alimentación complementaria en madres o cuidadores de niños de 6 a 12 meses? Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. 2018?

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	VALOR FINAL (Calificación)	Tipo de Escala
Prácticas en alimentación complementaria en madres o cuidadores de niños de 6 a 12 meses	Son un conjunto de habilidades y destrezas que la madre o cuidador(a) tienen como producto de la intervención educativa de la enfermera, investigadora, durante las visitas domiciliarias, así como, de la experiencia propia de la madre o cuidador(a). Las técnicas y formas de preparar los alimentos, así como, también, los tiempos y costos de preparación de alimentos determinan en buena parte los hábitos de consumo de los niños o niñas de 6 a 12 meses de edad, considerando la combinación de diversos nutrientes (proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales), en consistencia y cantidad adecuadas según la edad de los lactantes.	Evaluación previa: *Practica que tienen las madres o cuidadores sobre la alimentación complementaria de niños o niñas de 6 a 12 meses de edad.	En el niño o niña de 6 a 12 meses de edad: *La madre o cuidador(a) se lava las manos con agua y jabón. *Uso de utensilios adecuados para preparar la ración alimenticia. *Sienta al niño o niña en su silla de comer cerca a la mesa de cocina o comedor. * Composición (carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales) de la ración alimentaria (almuerzo). *Consistencia del preparado de la ración alimenticia que realiza la madre o cuidador. *Cantidad, según edad del niño o niña, de la ración alimenticia *Cantidad de consumo de la ración alimenticia proporcionada.	Observación de la Lista de Chequeo antes y después, de la Intervención educativa sobre cómo preparar y dar a comer la ración alimenticia al niño o niña de 6 a 12 meses de edad, por parte de la enfermera.	Muy malo (0 a 5) Malo (6 a 10) Regular (11 a 15) Bueno (16 a 17) Muy bueno (18 a 20)	Ordinal

ANEXO 6

PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

RESPONSABLE: Lic. DORIS LUISA GALA ARROYO
SERVICIO: CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO/A
C.S. CARLOS CUETO FERNANDINI

LIMA-PERU
2018

I.- INTRODUCCIÓN

El Departamento de Nutrición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que, actualmente, en el mundo por la malnutrición existen niños y niñas con desnutrición y alimentación excesiva. Se habla de malnutrición cuando los alimentos ingeridos no contienen micronutrientes como son, hierro, vitamina C y A, ácido fólico y yodo.

Asimismo, refieren que los desnutridos tienen mayor riesgo de morir, y, que el sobrepeso y obesidad se asocian a enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, diabetes y cáncer.

También, afirman, que las enfermedades mencionadas están afectando, mayormente, a personas pobres, adultos jóvenes y de la tercera edad.

El Perú, llamado un país en vías de desarrollo, también está inmerso en estos problemas identificados por la OMS. Los que trabajamos en salud, específicamente, en el Primer Nivel de Atención, las Enfermeras (os), realizando el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño y niña menor de 5 años, tenemos la gran oportunidad de interactuar con las madres o cuidadores del niño o niña, educándolas sobre las mejores maneras de alimentar a sus hijos desde recién nacidos, luego, continuar durante la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.

Durante el CRED, podemos evidenciar que las madres, por diversas razones, no todas dan lactancia materna exclusiva a los recién nacidos, por lo tanto, el porcentaje de niños que llegan a los 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva es cada vez menor. Lo más preocupante es que cuando el niño o niña a partir de los 6 meses inicia alimentación complementaria la madre o cuidador(a) le da a comer preparados procesados con alto contenido de azúcar o sal, con contenidos de preservantes. Muy pocas madres o cuidadores proporcionan como alimentación complementaria a base de alimentos naturales y variados.

En el servicio de CRED los padres pueden informarse sobre situaciones de riesgo como por ejemplo si se encuentra con valores bajos en su talla y peso para su edad, talla baja para su peso, o con sobrepeso u obesidad. Al detectar de manera oportuna, los posibles riesgos a los problemas mencionados, se puede aplicar un plan de intervención educativa de enfermería en alimentación complementaria, en el domicilio, con la participación de la madre o cuidador(a).

II.- PROBLEMA IDENTIFICADO

- Práctica no saludable en alimentación complementaria por las madres o cuidadores de niños o niñas de 6 a 12 meses de edad.

III.- OBJETIVO GENERAL

- Contribuir para que la madre logre preparar raciones alimentarias complementarias saludables, durante el almuerzo de acuerdo a la edad del niño.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las practicas que tienen las madres en la preparación de los alimentos antes de la intervención educativa de enfermería, durante la primera vista de enfermería.
- Demostrar a la madre a través de la intervención educativa de enfermería, la preparación de raciones alimentarias complementarias saludables, durante el almuerzo, durante la segunda visita domiciliaria.
- Identificar las practicas que tienen las madres en la preparación de los alimentos después de la intervención educativa de enfermería, durante la tercera visita domiciliaria.

IV.- PASOS EN LA DEMOSTRACION

Con la presencia de la madre, motivándola a interactuar, la enfermera realiza:

1. Lavado de manos con agua y jabón antes de preparar la ración alimenticia.
2. Selección de utensilios adecuados (plato, cuchara sopera, tenedor), para preparar la ración alimenticia.
3. Sentar al niño o niña en su silla de comer cerca a la mesa de cocina o comedor
4. Composición (carbohidratos, proteínas de origen animal ricos en hierro: sangrecita, bazo, hígado, pescado de lomo oscuro; vitaminas y minerales) de la ración alimentaria. Los tipos de alimentos se saca de la olla en la que preparó, la madre, todo con productos naturales, según las recomendaciones de la enfermera, previa a la visita domiciliaria.
5. Consistencia del preparado de la ración alimenticia, según edad (6 a 8 meses: papillas; 9 a 11 meses: alimentos picados; 12 meses: segundos).
6. Cantidad, según edad del niño o niña (6 meses: 3 cucharadas; 7 a 8 meses: 5 cucharadas; 9 a 11 meses: 7 cucharadas; 12 meses: 10 cucharadas), de la ración alimenticia. Agrega una cucharita de aceite vegetal.
7. Cantidad de consumo por el niño o niña de la ración alimenticia proporcionada. Luego le dará leche materna u otro liquido.

En la re demostración, según la edad del niño o niña, la madre o cuidador, prepara la ración alimenticia, a partir de la olla familiar, sacando los diferentes tipos de alimentos (carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales), en cantidad y consistencia según la edad del niño o niña, luego le da de comer.

**Anexo 7. Actividades que realiza la madre antes de preparar la
ración alimenticia
C.S. Carlos Cueto F. - 2018**

Observación	ANTES		DESPUÉS	
	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)
Se lava las manos	100.0	0.0	100.0	0.0
Tiene utensilios para preparar	100.0	0.0	100.0	0.0

Anexo 8. Antes de la intervención educativa de enfermería

Actividad que realiza la madre antes de ofrecer al niño
o niña la ración preparada

Observación	ANTES	
	SI (%)	NO (%)
Sienta en silla Comedor	43.3	56.7

**Anexo 9. Componentes nutricionales de raciones alimenticias
que las madres prepararon antes de la Intervención
Educativa de Enfermería.**

Observación	ANTES	
	SI (%)	NO (%)
Energéticos	86.7	13.3
Constructores	53.3	46.7
Reguladores	56.7	43.3
Líquidos	53.3	46.7

**Anexo 10. Antes de Interv. Educ. Enf.
consistencia de ración preparada por la
madre**

Edad	N°	Consist. Adec. (%)	sopa (%)	licuado (%)
6 M	2		6.7	
7-8M	10	10.0	20.0	3.3
9-11M	13	6.7	30.0	6.6
12 M	5	6.7	6.7	3.3
	30	23.4	63.4	13.2

Anexo 11. Cantidad de Ración Servida por la madre Antes de la Interv. Educativa de Enf.

Edad	N°	Cant. Adec. (%)	< cantid (%)
6 M	2	6.8	
7-8M	10	33.3	
9-11M	13	30.0	13.3
12 M	5	13.3	3.3
	30	83.4	16.6

Anexo 12. Antes de la Interv. Educ. Enf.

Cantidad que comió el niño o niña			
Edad	N°	Cant. Adec. (%)	< cantid (%)
6 M	2	3.3	3.3
7-8M	10		33.3
9-11M	13	3.3	40.0
12 M	5		16.8
	30	6.6	93.4

DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA

Anexo 13. Actividades que realiza la madre antes de preparar la ración alimenticia después de la Interv. Ed. Enfermería

Observación	DESPUÉS	
	SI (%)	NO (%)
Se lava las manos	100.0	0.0
Tiene utensilios para prep.	100.0	0.0

Anexo 14. Actividad que realiza la madre antes de ofrecer al niño o niña la ración preparada. Después de la Interv. Ed. Enfermería

DESPUES		
Observación	SI (%)	NO (%)
Sienta en silla Comedor	56.7	43.3

Anexo 15. Componentes nutricionales de las raciones alimenticias que las madres prepararon después de la Intervención Educativa de Enfermería.

Observación	DESPUÉS	
	SI (%)	NO (%)
Energéticos	96.7	3.3
Constructores	100.0	0.0
Reguladores	60.0	40.0
Líquidos	100.0	0.0

Anexo 16. Después de Interv. Educ. Enf.
Consistencia de ración preparada por la madre

Edad	N°	Consist. Adec. (%)	sopa (%)	licuado (%)
6 M	2	6.7		
7-8M	10	33.3		
9-11M	13	36.6	6.7	
12 M	5	16.7		
	30	93.3	6.7	

Anexo 17. Cantidad de Ración Servida por la madre
Después de Interv. Educativa de Enf.

Edad	N°	Cant. Adec. (%)	< cantid (%)
6 M	2	6.7	
7-8M	10	33.3	
9-11M	13	43.3	
12 M	5	16.7	
	30	100	

Anexo 18. Después de la Interv. Educ. Enf.
Cantidad que comió el niño o niña

Edad	N°	Cant. Adec, (%)	< cantid (%)
6 M	2	6.7	
7-8M	10	13.3	20.0
9-11M	13	13.3	30.0
12 M	5	6.7	10.0
	30	40.0	60.0

*Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Existe una concordancia entre los 8 jueces y los 7 ítems, lo cual nos permite aseverar que el instrumento es válido, excepto el ítem 4 que se realizó el cambio correspondiente, el cual consistió en colocar en orden de prioridad los alimentos de tipo energéticos, constructores, reguladores y líquidos que debía preparar como contenido en la ración alimenticia (almuerzo). Para los jueces expertos se presentó así:

4. TIPO DE ALIMENTO	SI	NO	P	OBSERVACIONES
Carbohidratos o Energéticos (Cereales o tubérculos, leguminosas u oleaginosas)				
Proteínas o constructores (Alimentos de origen animal: sangrecita, carnes rojas, pescado, pollo, vísceras, huevo, leche, queso, yogurt, etc.).				
Vitaminas o Reguladores (Frutas y verduras)				
Minerales (refresco, agua, etc.)				

Después de la opinión de los jueces de expertos quedo así:

4. TIPO DE ALIMENTO	SI	NO	P	OBSERVACIONES
Carbohidratos o Energéticos (Cereales, tubérculos, granos y aceite)				
Proteínas o constructores (Alimentos de origen animal: sangrecita, hígado, bazo, pescado de lomo negro, carnes rojas, pollo, etc.).				
Vitaminas o Reguladores (verduras de colores)				
Líquidos (agua, refresco natural, o leche materna.)				

Favorable: 1 (SI) Desfavorable:0 (N0)

CUADRO N° 5

VALIDEZ DE CRITERIO
LISTA DE CHEQUEO
Congruencia con las variables de estudio
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS
TABLA DE CONCORDANCIA

ITEMS	Jueces								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
p1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p3	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035*
p4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*

*Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Existe una concordancia entre los 8 jueces y los 7 ítems, lo cual nos permite aseverar que el instrumento es valido

Favorable: 1 (SI) Desfavorable:0 (N0)

CUADRO N° 6
VALIDEZ DE CRITERIO

LISTA DE CHEQUEO
Pertinencia con las variables de estudio
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS
TABLA DE CONCORDANCIA

ITEMS	Jueces								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
p1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p3	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035*
p4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*

*Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Existe una concordancia entre los 8 jueces y los 7 ítems, lo cual nos permite aseverar que el instrumento es válido

Favorable: 1 (SI) Desfavorable:0 (NO)

CUADRO N° 7

VALIDEZ DE CRITERIO LISTA DE CHEQUEO Esencial

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS TABLA DE CONCORDANCIA

ITEMS	Jueces								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
p1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*
p7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004*

*Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Existe una concordancia entre los 8 jueces y los 7 ítems, lo cual nos permite aseverar que el instrumento es válido.

Favorable: 1 (SI) Desfavorable.

CUADRO N°8

TABLA DE PROBABILIDADES ASOCIADAS CON VALORES TAN

PEQUEÑOS COMO LOS VALORES OBSERVADOS DE X EN LA PRUEBA

BINOMIAL

En el cuerpo de esta tabla se dan probabilidades de una cola conforme a H_0 para la prueba binomial cuando $P = R = \frac{1}{2}$ Para ahorrar espacio se omitieron los puntos decimales en las p.

jueces	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	031	388	500	812	099						
6	010	109	344	056	801	984					
7	008	062	227	500	773	938	992				
8	004	035	145	363	637	855	965	996			
9	002	020	090	254	500	740	910	980	998		
10	001	011	055	172	377	623	828	945	989	999	
11		006	033	113	274	500	720	887	967	994	
12		003	019	073	104	387	613	806	927	981	997
13		002	011	046	133	291	500	709	867	954	989
14		001	006	029	090	212	395	605	788	910	971
15			004	018	050	151	304	500	696	849	941
16			002	011	038	105	227	402	508	773	895
17			001	006	025	072	166	315	500	685	834
18			001	004	015	048	119	240	407	593	760
19				002	010	032	084	180	324	500	676
20				001	006	021	058	132	252	412	588
21				001	004	013	039	095	192	332	500
22					002	008	026	067	143	262	416
23					001	005	017	047	105	202	339
24					001	003	011	032	076	154	271
25						002	007	022	054	115	212

Tomada de la Tabla IV B. De Walker Helen y Lev J. 1953 Inferencia Estadística Nueva York pág. 458 con el amable permiso de los autores y editores

Estadísticamente está demostrado, según los puntajes de cada juez, que existe una concordancia significativa ($p < 0.05$), entre los 8 jueces y los 7 ítems, lo cual nos permite aseverar que el instrumento es válido.

Confiabilidad del instrumento

Cuadro N° 9

Lista de chequeo

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kunderson.

$$K 20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum p_{iqi}}{PQ} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

p_{iqi} : Varianza Muestral

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	suma
1	2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	
2	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	
2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	
4	2	2	2	2	0	2	2	0	2	0	
5	2	2	0	2	0	0	2	0	2	0	
6	2	2	2	2	0	2	0	2	2	0	
7	2	2	2	0	2	2	2	0	2	0	
8	2	2	2	2	0	0	2	0	2	2	
9	2	2	0	0	2	2	2	0	2	0	
10	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	
suma	20	18	10	14	10	14	12	4	16	2	
p	1	0.9	0.5	0.7	0.5	0.7	0.6	0.2	0.8	0.1	
q	0	0.1	0.5	0.3	0.5	0.3	0.4	0.8	0.2	0.9	
pq	0	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	1.66
PQ	33										

$$\sum p_{iqi} = 1.66 \quad PQ = 33 \quad K=10$$

$$KR 20 = \frac{10}{10-1} \left(1 - \frac{1.66}{33} \right) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 10

encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99, lo que evidencia que los ítems considerados en la Lista de Chequeo de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno, el instrumento es muy confiable para la presente investigación.

